

0. Introdução

No último ano do Mestrado Integrado em Medicina do ICBAS, é-se confrontado com a necessidade de escolher uma área da medicina para trabalhar no âmbito da Unidade Curricular “Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio”.

De entre muitas possibilidades, a opção pela emergência pré-hospitalar surgiu como uma oportunidade de aprofundar conhecimentos teóricos aliada a uma aprendizagem iminentemente prática, de interesse incalculável para um estudante de medicina em fim de curso.

Assim, optou-se pela realização de um estágio de observação nos meios do INEM com o tema “Emergência Pré-Hospitalar – quando ir ao encontro do doente é uma prioridade”, no sentido de compreender a prestação de socorro pré-hospitalar em Portugal, nomeadamente na zona norte do país, com os seguintes objetivos:

- 1) Conhecer a realidade da Emergência Pré-Hospitalar em Portugal;
- 2) Perceber como funciona a integração dos diferentes meios no CODU;
- 3) Reconhecer a importância do trabalho de todos os profissionais de saúde do INEM (TAE, enfermeiros e Médicos) no auxílio às vítimas;
- 4) Observar o trabalho dos profissionais que integram as ambulâncias SBV e SIV;
- 5) Observar o trabalho dos profissionais que integram as VMER;
- 6) Participar nas tarefas médicas e de enfermagem dos diferentes meios do INEM;
- 7) Conhecer a forma como é feita a articulação entre a Emergência Pré-Hospitalar e a Emergência Hospitalar.

Na elaboração do Plano de Atividades consta uma lista de competências (atos, atitudes e conhecimentos) a adquirir neste estágio (anexo I).

Este relatório apresenta uma abordagem inicial sobre o tema, em forma de Revisão Bibliográfica, e uma apresentação e discussão dos resultados práticos do estágio.

1. Revisão Bibliográfica

1.1. Emergência pré-hospitalar

Em emergência, todas as situações são de carácter “súbito, inesperado e imprevisto, necessitando de uma intervenção imediata após solicitação” (Webster, 1974). Face a uma situação deste tipo ocorrida fora do hospital, é acionada a emergência pré-hospitalar, que atua segundo uma sequência de passos bem estabelecida: Detecção, Alerta, Pré-Socorro, Socorro no local do acidente, Transporte e Assistência Hospitalar.¹⁸



Imagem 1. Estrela da Vida¹³

1.2 Aspetos históricos

A exposição do Homem a situações extremas de compromisso da saúde sempre o fez procurar soluções para a prestação de socorro a vítimas, de tal forma que as primeiras referências a ambulâncias datam do século XI¹⁸.

Durante as Guerras Napoleónicas, foi criado pelo cirurgião Dominique Larrey o primeiro Sistema de Emergência, no qual as vítimas eram assistidas no local do acidente e, posteriormente, eram evacuadas para um hospital de campanha em “ambulâncias volantes”. No século XIX, com base nesses conhecimentos, começaram a surgir os primeiros Sistemas de Emergência para civis, nomeadamente a Cruz Vermelha. Inicialmente, a prioridade era transportar os doentes até ao hospital, mas, em 1938, o cirurgião alemão Kirschner propôs algo revolucionário: “Prioridade não deve ser o transporte da vítima ao médico, mas sim o transporte do médico à vítima”¹⁴.

Assim, surgiram duas vertentes diferentes na emergência pré-hospitalar:

- A vertente “Scoop and Run” dos sistemas anglo-saxônicos, em que a prioridade é o transporte rápido da vítima até ao médico, após uma breve estabilização no local, efetuada por técnicos de emergência médica (este é o sistema que existe atualmente nos EUA)¹⁴;
- E a vertente “Stay and Play” dos sistemas franco-germânicos, em que os médicos são transportados até às vítimas com um grande arsenal terapêutico, sistema que tem influenciado vários países europeus. No modelo alemão, os médicos trabalham no local em cooperação com técnicos de emergência e este é considerado um dos modelos mais avançados do Mundo ¹⁴.

Existe muita controvérsia sobre qual o melhor sistema a adotar e não há estudos comparativos entre os dois. Atualmente defende-se que o sistema tem de se adaptar à realidade de cada país.

Em Portugal, existe um modelo híbrido, designado “Play and Run”, composto por TAEs que asseguram os serviços mínimos e, nos casos em que a vítima não pode chegar rapidamente ao hospital, são ativados meios medicalizados, que prestam cuidados diferenciados no local ¹⁸.

1.3. O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) em Portugal

Em 1965, teve início a prestação de socorro pré-hospitalar em Portugal, com a implementação do número nacional de socorro “115” (agora “112”). Quando se ligava para este número, era acionada uma ambulância tripulada por polícias que transportava o doente ao hospital¹⁸.

Em 1971, foi criado o “Serviço Nacional de Ambulâncias”, com o objetivo de uniformizar a prestação de primeiros socorros a vítimas, bem como o seu transporte para o Hospital ¹⁴.

Em 1980, foi criado o “Gabinete de Emergência Médica”, que desenvolveu, em 1981, o SIEM, isto é, um conjunto de entidades que trabalham em cooperação na prestação de socorro a vítimas de trauma ou de doença súbita. Desse sistema fazem parte a PSP, a GNR, o INEM, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, os Centros Hospitalares e os Centros de Saúde.

O Instituto Nacional de Emergência Médica, fundado a 3 de Agosto de 1981, é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento do SIEM na área geográfica de Portugal Continental. O primeiro Centro de Orientação de Doentes Urgentes foi criado em Lisboa, em 1987. Em 1989, foi criada a primeira Viatura Médica de Emergência e

Reanimação, em Lisboa, à qual se seguiram outras. Em 1991, abriu o CODU Norte, em 1995, o CODU Centro e, em 2000, o CODU Algarve.

Em 1997, o INEM adquiriu dois Helicópteros de Emergência Médica e, em 2004, surgiram as primeiras motas de emergência, destinadas a ultrapassar os problemas de tráfego das cidades. Em 2007, entraram em funcionamento as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida¹⁶.

Em 2009, foi inaugurado o 1º Programa de Desfibrilhação Automática Externa (DAE) em espaços públicos e, em 2010, entraram em funcionamento três novos Helicópteros de Emergência Médica¹⁶.

2. Serviços do INEM

2.1. CODU

Serviço para onde são encaminhados os pedidos da área da saúde, recebidos através do Número Europeu de Emergência “112” nas Centrais de Emergência. O seu funcionamento é assegurado 24 horas por dia por médicos e operadores e estão divididos em três partes: atendimento e aconselhamento de pré-socorro, triagem por prioridades (anexo II) e seleção e acionamento de meios. O INEM dispõe de quatro CODU (Norte, Lisboa, Coimbra e Faro) (anexo III) e, desde 2011, o atendimento das chamadas e a triagem são feitos por qualquer um deles. O acionamento de meios é realizado pelo CODU da zona de ocorrência.

2.2. CODU - MAR

Centro que realiza aconselhamento médico em situações emergentes decorridas em embarcações, que, pela sua frequência no nosso país, merecem um serviço próprio. Pode ser ativado através do Número Europeu de Emergência “112” ou pelos meios de comunicação próprios das embarcações.

2.3. Recém-nascidos

Serviço que presta cuidados a recém-nascidos em situação de risco, permitindo o seu transporte para hospitais onde existam unidades de Neonatologia.

2.4. CIAV

Serviço que presta informações médicas telefónicas na área da toxicologia, a profissionais de saúde ou ao público em geral, visando uma correta abordagem a vítimas de intoxicação. Funciona 24 horas por dia e é acionado através do número 808250143.

2.5. CAPIC

É constituído por uma equipa de psicólogos com formação em emergência, que fazem atendimento telefónico, para apoio às vítimas ou aos profissionais do INEM em situações potencialmente traumáticas.

2.6. CIPSE

Centro que planeia e coordena as operações de emergência médica em cenários de exceção. É também responsável pela organização de simulacros e pela coordenação das equipas do INEM que são destacadas para missões internacionais.

3. Meios

3.1. Ambulâncias SBV

Permitem a aplicação de SBV e a estabilização de vítimas que precisem de assistência durante o transporte para uma Unidade de Saúde. A tripulação é composta por dois TAEs. Estas ambulâncias podem estar sedeadas nas bases do INEM ou em corpos de bombeiros espalhados pelo país; neste caso, recebem a designação de Postos de Emergência Médica (PEM).

3.2. Motas

As motas são tripuladas por um TAE e dispõem de um DAE, oxigénio, materiais de abordagem da via aérea e de ventilação e equipamento para avaliação de sinais vitais e glicemia capilar.

3.3. Ambulâncias SIV

Garantem cuidados de saúde diferenciados às populações. São tripuladas por um Enfermeiro e um TAE e têm toda a carga transportada nas ambulâncias SBV, acrescida de um monitor-desfibrilhador e de alguns fármacos.

3.4. VMER

Veículo que transporta rapidamente uma equipa diferenciada, constituída por um médico e um enfermeiro, ao local de ocorrência, com o objetivo de estabilizar o doente e transportá-lo com acompanhamento médico até uma Unidade de Saúde. Estes veículos têm base hospitalar e dispõe de equipamento de SAV.

3.5. Helicópteros

Transportam doentes graves do local de ocorrência até uma Unidade de Saúde ou entre Unidades de Saúde. A tripulação é constituída por um médico, um enfermeiro e dois pilotos. Existem cinco em Portugal continental (anexo IV).

3.6. Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE)

Meio que permite aos psicólogos do INEM intervir na ajuda às vítimas no local de ocorrência, quando acionados pelo CODU.

3.7. Situações de Exceção

Em casos de acidentes multivítimas, catástrofes naturais ou ataques terroristas, o INEM dispõe da Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC), equipada com material semelhante ao da VMER e que permite a montagem de um Posto Médico Avançado, com possibilidade de tratar oito vítimas muito graves ao mesmo tempo.

4. Profissionais da Emergência Pré-Hospitalar (anexo V)

5. Princípios básicos da abordagem à vítima

5.1. Abordagem geral da vítima (anexo VI)

Na Emergência Pré-Hospitalar, os pedidos de socorro são divididos em doença súbita ou trauma. Na abordagem inicial, importa recolher informações sobre a ocorrência e realizar o exame objetivo. De seguida, realiza-se a avaliação primária (ABCDE).

5.2. Avaliação Primária – ABCDE (anexo VII)

5.3. Solicitação de Apoio Médico (anexo VIII)

6. A cadeia de sobrevivência

A PCR é, incontornavelmente, a emergência médica por “excelência”. As intervenções que devem ser levadas a cabo nestas situações são habitualmente esquematizadas como uma cadeia em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte – a cadeia de sobrevivência. A mais recente é da AHA de 2010 (anexo IX).

7. Situação atual e evolução da Emergência Pré-Hospitalar em Portugal

A organização do INEM descrita está em pleno processo de mudança. Para além do desejo de criar a carreira profissional dos TEPH, o Ministério da Saúde pretende agora integrar as VMER e as SIV nos Serviços de Urgência (SU) dos Hospitais. (anexo X). Este organismo considera que as competências exigíveis aos profissionais do SU e aos profissionais da Emergência pré-hospitalar são semelhantes e, portanto, a integração traria vantagens para os dois lados. Assim, pretende-se que até ao final de 2012 os meios VMER e SIV sejam integrados nos SU onde estão sedeados. No caso específico dos meios SIV, pretende-se que estes efetuem também tarefas de transporte inter-hospitalar de doentes críticos urgentes⁶.

A ARS do Alentejo participou no primeiro projeto de integração, que teve início a 27 de Abril de 2011. Em 26 de Maio, o projeto estendeu-se a Faro. Estes projetos têm originado muita

controvérsia e, apesar dos benefícios apontados pelo Ministério da Saúde, há também desvantagens, tais como a propagação de infeções; a indisponibilidade dos profissionais para prestarem socorro na rua aquando de uma chamada de emergência, se estiverem a realizar outras funções no SU que não podem imediatamente abandonar e a privacidade do doente que está a ser observado no SU e que é “deixado noutras mãos” quando o telefone toca. Os profissionais da equipa da VMER de Faro escreveram, em Setembro de 2011, um manifesto a este protocolo (anexo XI) ⁸.

Assim, torna-se premente a análise dos resultados obtidos com estes projetos para se compreender se há realmente benefícios com esta integração, sobretudo para as vítimas.

8. Metodologia

Realização de um Estágio de Observação em alguns meios do INEM na Zona Norte: ambulância SBV Porto 1, ambulância SIV Santo Tirso, VMER São João e CODU Norte.

Participação em dois turnos de seis horas, num total de doze horas, na SBV Porto 1, em dois turnos de seis horas, num total de doze horas, na SIV Santo Tirso, num turno de seis horas no CODU Norte e em onze turnos de seis horas, num total de sessenta e seis horas na VMER São João.

Realização de um total de noventa e seis horas de estágio.

9. Resultados

SIV – 12/12/2011 – 1º e 2º TURNOS: 8H-20 H

Sem ativações.

SBV – 13/12/2011 - 1º e 2º TURNOS: 8H-20H

8h-9h: SBV inoperacional para limpeza da ambulância.

Ativação SBV: 10h50m

Local: Escola Básica Paranhos.

Informação CODU: mulher, 57A, tremores + dor torácica.

Chegada ao local: 10h59m

À chegada, vítima COC. Dor no ombro esquerdo + tremores generalizados, que começaram hoje de manhã. Tem andado muito ansiosa por problemas no trabalho (sic).

FR=20 cpm. FC=112 bpm. TA=154/81 mmHg. SpO2=97%.

AtP: Bronquite Crónica.

MH: Filotempo®, Lendormin®.

Transportada ao hospital. Triagem Manchester: prioridade 3.

Comentário: nesta primeira saída reconheceu-se a importância de questionar o início dos sintomas, o que despertou a situação de stress e tentar tranquilizar a vítima no local.

Ativação SBV: 15h12m

Informação do CODU: apoio à SBV Porto 4 - Homem, 36A, Diabético, Pouco reativo.

Chegada ao local: 15h19m

À chegada, vítima pouco reativa, deitada num estrado de madeira num sótão de difícil acesso. Glasgow:10 (4+1+5). Glicémia Capilar à chegada da SBV Porto 4=38 mg/dL. Por não estarem reunidas as condições mínimas de segurança, pediu-se ajuda, não mobilização da vítima e colocaram-lhe uma papa açucarada entre os dentes e as gengivas. Vítima não fez nenhuma refeição hoje.

AtP: DM tipo 1, IC, IRC (aguarda diálise).

MH: Insulina.

Chega VMER e Bombeiros Sapadores. SBV Porto 1 é desativada. Por impossibilidade de retirar a ambulância, permaneceu-se no local.

VMER fez 4 unidades de Glicose Hipertónica EV. Glicémia Capilar=163 mg/dL.

Médico decide que o doente deve permanecer no domicílio.

Comentário: as condições habitacionais de extrema pobreza em que alguns doentes vivem não garantem as condições mínimas de segurança. Reconheceu-se a importância da articulação entre os diferentes meios de socorro.

Ativação SBV: 16h10m

Informação do CODU: Mota INEM pede ajuda - Mulher, 59A, náuseas + tonturas. Chegada ao local: 16h20m

À chegada, vítima COC. Náuseas + tonturas que começaram depois do almoço. Nega vómitos.

FR=20 cpm. FC=68 bpm. TA=110/60 mmHg. Glicémia Capilar=147 mg/dL.

AtP: Depressão.

MH: Não sabe.

Transportada ao hospital. Triage Manchester: prioridade 3.

Ativação SBV: 17h32m

Local: Rua do Heroísmo.

Informação do CODU: Mulher, 63A, tonturas após queda.

Chegada ao local: 17h36m

À chegada, mulher, 63A, sentada no chão, COC. Tonturas após traumatismo contuso da mão direita. Glasgow=15. Pele pálida. Mucosas coradas. FR=19 cpm. FC=65 bpm. TA=70/42 mmHg. Glicémia Capilar=151 mg/dL.

AtP: Úlcera péptica.

MH: Não sabe.

Vítima recusa transporte para o hospital. Foi aconselhada a procurar o seu médico assistente brevemente.

CODU – 14/12/2011 - 1º TURNO: 8H ÀS 14H

8-11h: Atendimento de Chamadas com um operador do CODU. Atendimento de 30 chamadas, 23 efetuadas por profissionais de emergência para passagem de dados e as restantes efetuadas por vítimas/acompanhantes. 4 chamadas eram referentes a trauma e 26 a doença súbita, sendo 12 vítimas mulheres e 18 homens, com idades compreendidas entre os 7 meses e os 96 anos. Atendimento de chamadas de todas as regiões de Portugal Continental.

Comentário: compreendeu-se o que acontece quando alguém liga “112”; em qualquer chamada, os operadores perguntam a morada, o sexo da vítima, a idade, a queixa principal e os antecedentes patológicos, fazem aconselhamento pré-socorro e atribuem uma prioridade ao caso, que depois é ou não aprovada pelo médico do CODU.

11h-14h: Serviço de Acionamento de Meios da Zona Norte. O operador acionou 50 meios, sobretudo ambulâncias SBV do INEM, dos BV e da Cruz Vermelha, mas também VMER, mota, ambulância SIV e ambulância pediátrica.

Comentário: o acionamento de meios da Zona Norte é feito exclusivamente pelo CODU Norte, o mesmo acontecendo nas outras regiões do país. Quando são acionados dois meios ou mais, o primeiro contato é feito sempre com o meio mais diferenciado.

VMER - 15/12/2011 – 1º e 2º TURNOS: 8H-20H

Ativação VMER: 8h44m

Local: Bonfim.

Informação do CODU: mulher, 74A, dor pré-cordial.

Chegada ao local: 08h56m

À chegada, vítima COC, com dor pré-cordial desde “há uns dias”, que irradia para o MSE, associada a tonturas, náuseas e hipersudorese. Sem SDR. Pele pálida e suada. FR=17 cpm. FC=88 bpm. TA=127/73 mmHg. ACP sem alterações. SpO2=100%. ECG 12 D: Ritmo Sinusal.

Administrou-se 3 mg de Morfina + 10 mg de Metoclopramida EV.

AtP: DM tipo 2, AVC hemorrágico há 16 anos sem sequelas.

MH: Concor®, Risidon®.

Hipóteses de Diagnóstico: SCA?

Crise de Ansiedade?

Foi transportada ao hospital com acompanhamento médico. Triagem de Manchester: prioridade 4.

Comentário: uma queixa de dor pré-cordial impõe que se afastem quadros de grande gravidade; como a vítima estava hemodinamicamente estável e o ECG sem alterações, esta hipótese tornou-se menos provável, mas é necessário levá-la ao hospital para excluir definitivamente um SCA. No âmbito pré-hospitalar, em caso de SCA é importante a atuação médica imediata, aplicando o algoritmo MONA: Morfina 3-5mg EV, Oxigénio 2-4L/min, Nitroglicerina 0,5-1,5mg SL e AAS 150-325mg VO.

Ativação VMER: 11h52m

Local: Valongo.

Informação do CODU: Mulher, 37A, filha de 8 anos encontrou-a inconsciente.

Chegada ao local: 11h57m

À chegada, vítima COC. Não tem memória para o evento; filha refere que encontrou a doente inconsciente, caída no chão. Terá tido episódio de síncope recuperada espontaneamente. Refere vários episódios anteriores semelhantes (é seguida na Cardiologia). AC: sem alterações.

FR=15 cpm. FC=72 bpm. TA=123/72 mmHg. Glicémia Capilar=135 mg/dL. ECG 12D: Ritmo Sinusal, sem alterações.

AtP: Taquidisritmia não especificada.

MH: Concor®, Verapamilo®, Victan®.

Hipóteses de Diagnóstico: Síncope Recuperada.

Recusou o transporte ao hospital. Foi aconselhada a procurar o médico assistente brevemente.

Comentário: constatou-se a importância de ensinar as crianças a ligar “112” em caso de emergência.

Ativação VMER: 14h20m

Local: Rotunda do Freixo.

Informação do CODU: *Rendez-vous* com BV Gondomar - mulher, 72A, dor torácica, FC=204 bpm.

Chegada ao local: 14h25m

À chegada, vítima COC, com dor torácica retroesternal desde as 13h, em aperto, sem irradiação.

AP: sem alterações.

FR=20 cpm. FC=146, irregular. TA=138/86 mmHg. SpO2=97%. ECG 12D: FA de novo, com resposta ventricular rápida, sem sinais de isquemia aguda.

AtP: Cistite Crónica, Hipotireoidismo.

MH: Lyrica®, Victan®, Letter®.

Administrou-se 0,25 mg de Digoxina EV (em bólus e não em perfusão contínua, porque a vítima retirava todos os materiais e equipamentos de 2 em 2 min por disúria e urgência e sentava-se para urinar).

14h40m: FR=18 cpm, FC=121, irregular, TA=136/73 mmHg, ECG sobreponível ao anterior.

Hipóteses de diagnóstico: Disritmia.

Transportada para o hospital com acompanhamento médico. Triage Manchester: prioridade 2.
Comentário: quando um doente com FA está hemodinamicamente estável e não há provas de que o início da arritmia tenha ocorrido há menos de 48h, opta-se apenas por uma estratégia de controlo de frequência. Assim, efetuou-se digoxina EV e uma possível estratégia de controlo de ritmo terá de ser equacionada a nível hospitalar.

Ativação VMER: 18h06m

Local: Valongo.

Informação do CODU: auxílio BV Valongo - homem, 46A, PCR.

Chegada ao local: 18h14m

À chegada, vítima em PCR há 20 minutos, cianótico e com midríase fixa. Bombeiros em manobras de SBV há 15 minutos. DAE assinala ritmo não desfibrilhável. ECG em assitolia.

Foi decidido não iniciar SAV e o óbito foi verificado às 18h17m.

Aguardou-se pela chegada da autoridade no local.

AtP: Obesidade Mórbida, Etilismo Crónico, Doença Hepática Crónica e Epilepsia.

MH: desconhecida.

Comentário: quando não há nenhuma causa evidente de morte e se a vítima faleceu em condições em que não se pode descartar uma causa violenta, deve-se chamar a autoridade ao local para que seja realizada a autópsia médico-legal e apurada a causa de morte.

VMER - 19/12/2011 – 3º e 4º TURNOS: 8H-20H

Ativação VMER: 09h55m

Local: Rotunda das Areias.

Informação do CODU: *Rendez-vous* com BV Gondomar - Homem, 84A, com DPOC, Dispneia + Febre.

Chegada ao local: 10h05m

À chegada, vítima COC, com oxigenoterapia a 6L/min. Queixa-se de dispneia de agravamento progressivo desde há 4 dias. Polipneico, com pieira. AP: Sibilância dispersa e roncos no hemitórax esquerdo. FR=22 cpm. FC=89 bpm. TA=112/74 mmHg. Temperatura axilar=38°C. ECG 12D: FA com resposta ventricular controlada.

AtP: DPOC, FA crónica hipocoagulada, Coronariopatia, Doença Cerebrovascular

MH: AAS, Varfine®, Sinvastatina®, Diltiazem®, Ventilan®, Atrovent®, O2 2,5 L/min 24 h/dia

Colocou-se O2 a 4L/min. Fez-se nebulização com 1 ampola de Atrovent e 0,5 ml de Ventilan. Administrou-se 100 ml de NaCl 0,9% EV, 200 mg de Hidrocortisona EV e 1 g de Paracetamol VO.

Hipóteses de Diagnóstico: DPOC agudizada.

Infeção respiratória (?)

Evolução favorável. Transportado ao hospital sem acompanhamento médico.

Comentário: sendo um doente com DPOC, a oxigenoterapia tinha de ser de baixo débito, pois estes doentes têm hipercapnia crónica, logo, se fosse oxigénio em alto débito, diminuía-se o estímulo respiratório, complicando o quadro.

Ativação da VMER: 19h40m

Informação do CODU: Homem, 82A, PCR.

Chegada ao local: 19h50m

À chegada, vítima inconsciente. TAE em manobras de SBV com DAE há 6 minutos, com ritmo não desfibrilhável. Vítima em paragem respiratória, com pulso filiforme.

Glasgow= 3. Pele cianótica. Pupilas midriáticas. ECG: Taquicardia Ventricular.

AtP: Doença Cerebrovascular, Síndrome Demencial. Acamado, com dependência absoluta nas AVDs.

Atendendo aos antecedentes, foi decidido não iniciar manobras de SAV.

19h55m: ECG em assistolia. Foi verificado o óbito e comunicou-se à família o falecimento da vítima. Aguardou-se pela chegada da autoridade no local.

Comentário: reconheceu-se a importância da história e dos antecedentes da vítima nas decisões médicas de não continuar manobras de RCP.

Ativação VMER: 20h41m

Informação do CODU: homem, 66A, Dispneia.

Chegada ao local: 20h47m

À chegada, vítima COC, queixando-se de dispneia. Polipneico e com pieira. AP: MV globalmente diminuído, com sibilância dispersa.

FR=32 cpm. FC=138 bpm. TA=200/130. Temperatura timpânica=37,8°C. SpO2= 94%. ECG: Taquicardia Sinusal.

Administrou-se 100 ml de NaCl 0,9% e 200 mg de Hidrocortisona EV. Fez-se nebulização com 1 ampola de Atrovent + 0,5 mL de Ventilan e oxigenoterapia a 6L/min.

AtP: DPOC, HTA, Ex-Fumador.

MH: Spiriva®, Broncoliber®.

Hipóteses de Diagnóstico: DPOC agudizada.

Transportado para o hospital com acompanhamento médico. Triagem Manchester: prioridade 2.

VMER - 08/05/2012 – 5º e 6º TURNOS: 8H-20H

Ativação VMER: 8h35m

Local: Vila Nova da Telha.

Informação do CODU: homem, 65A, PCR.

Chegada ao local: 08h45m

À chegada, vítima em PCR há 15 minutos, cianótica e com midríase fixa bilateral. Bombeiros em manobras de SBV sem DAE há 10 minutos. ECG: assistolia.

AtP: HTA, DM tipo 2, Dislipidemia, HBP, Cardiopatia Isquémica.

MH: Desconhecida.

Decidiu-se iniciar SAV. Realizou-se entubação endotraqueal e administrou-se 3 doses de Adrenalina EV (1+1+1 mg aos 0, 4 e 8 min). O ECG manteve-se sempre em assistolia. Aos 15 min de SAV suspendeu-se manobras. Verificado o óbito às 09h15m. Contactou-se o médico assistente, que certifica o óbito.

Comentário: primeira oportunidade de realização de entubação endotraqueal. Como a vítima não respondeu às manobras de SAV, após a administração de três ampolas de adrenalina, a médica decidiu declarar o óbito.

Ativação VMER: 09h45m

Local: Guinfães.

Informação do CODU: Mulher, 70A, dor torácica.

Chegada ao local: 09h52m

À chegada, vítima COC, com dor na face anterior do hemitórax esquerdo com 8 dias de evolução após queda em escadas, que agrava com os movimentos respiratórios. Desde as 9h, apresenta palpitações e a dor torácica mantém-se. Fez Nitroglicerina Sublingual hoje de manhã, sem melhora.

FR=20 cpm. FC=102 bpm. TA=130/80 mmHg. SpO2=97%. Dor à palpação da face anterior do hemitórax esquerdo. AC: sopro sistólico III/VI. AP: sem alterações. ECG 12D: FA com resposta

ventricular controlada, com supradesnívelamento de ST de V2 a V4, sobreponíveis a ECG's anteriores, embora esses estivessem em Ritmo Sinusal.

Administrou-se 1g de Paracetamol VO.

AtP: HTA, DM tipo 2, Dislipidemia, IC classe II

MH: Metformina®, Lasix®, Espironolactona®, Carvedilol®, AAS, Lisinopril®, Nitrodur®

Hipóteses de Diagnóstico: Dor pleurítica.

FA (de novo?/ paroxística?)

Transportada ao hospital sem acompanhamento médico.

Comentário: numa FA com resposta ventricular controlada não há necessidade de se ser muito interventivo no pré-hospitalar, uma vez que as decisões sobre a cardioversão devem ser tomadas em meio hospitalar.

Ativação VMER: 11h44m

Local: Campanhã.

Informação do CODU: mulher, 79A, diabética, prostrada.

Chegada ao local: 11h50m

À chegada, vítima COC, acabou de ingerir uma papa açucarada. Glicemia Capilar=85 mg/dL.

Familiares referem episódios recentes de hipoglicémia, chegando a Glicemia capilar=20 mg/dL.

Glasgow=15. FR=20 cpm. FC=102 bpm. TA=190/80 mmHg. Temperatura Auricular=36,9°C.

SpO2=100%. AC: taquicardia rítmica, sem sopros. AP e Abdómen sem alterações. ENS normal.

ECG 12D: Ritmo Sinusal.

AtP: HTA, DM tipo 2, Dislipidemia.

MH: Glibenclamida®, Metformina®, Adalat®, Atorvastatina®, Amlodipina®, Alprazolam®

A vítima alimentou-se e tolerou. Nova avaliação: TA=136/73 mmHg. Glicemia Capilar=122 mg/dL.

Hipóteses de diagnóstico: Hipoglicemia.

Transportada ao hospital, sem acompanhamento médico.

Comentário: foi necessário transportar a vítima ao hospital, porque estava medicada com ADO e estes não podem ser doseados no local, não permitindo um correto ajuste glicémico.

Ativação VMER: 13h08m

Local: Santo Tirso.

Informação do CODU: homem, 52A, esmagamento MSD no local de trabalho.

Chegada ao local: 13h20m

À chegada, vítima COC, apresenta fratura exposta do polegar esquerdo sem hemorragia ativa e com dor moderada no local. Pulso radial presente e de boa amplitude. Sem alterações da cor da pele. Sensibilidade e mobilidade preservadas. Sem outras alterações.

Glasgow=15. Pele sem alterações. FR=18 cpm. FC=80 bpm. TA=110/65 mmHg,.

AtP: Nega.

MH: Nenhuma.

Realizou-se penso com tala no polegar esquerdo.

Hipótese de Diagnóstico: Traumatismo do polegar esquerdo com contusão, ferida e fratura.

Transportado ao hospital, sem acompanhamento médico.

Ativação VMER: 14h10m

Local: Praça Almeida Garrett.

Informação do CODU: mulher, 80A, inconsciente.

14h14m: saída abortada.

VMER - 09/05/2012 – 7º e 8º TURNOS: 8H-20H

Ativação VMER: 12h16m

Local: Maia.

Informação do CODU: homem, 41A, encarcerado.

Chegada ao local: 12h22m

À chegada, encarcerado físico tipo 1 (sem contacto com o habitáculo) consciente e colaborante, condutor de veículo ligeiro de mercadorias que foi abalroado por veículo pesado de mercadorias (embate lateral do lado do condutor) (anexo XIII).

Glasgow=15. FR=18 cpm. FC=90 bpm. TA=110/65 mmHg. SpO2=100%.

A vítima conseguiu sair do carro sozinha, tendo sido imobilizada com colete cervical e em plano duro.

A - Ok. Colocação de Colar Cervical. B - Ok. AP simétrica e sem alterações. SpO2= 100%. Sem deformidades aparentes. C - Ok. Sem hemorragias aparentes. Abdómen sem alterações. Bacia Ok. Sem aparente fratura de ossos longos. D - Ok. Glasgow=15 (4+5+6). Pupilas Ok. ENS sem alterações. Amnésia para o sucedido. E- Dor à palpação da face esquerda do pescoço, da clavícula esquerda e da face anterior do hemitórax esquerdo em relação com marca cutânea de cinto de segurança.

12h35m: Glasgow=15, FR=18 cpm, FC=87 bpm, TA=117/75 mmHg, SpO2=100%. ECG 12D: Ritmo Sinusal.

AtP: Nega.

Hipóteses de diagnóstico: Traumatismo Torácico.

Transportado ao hospital sem acompanhamento médico.

Comentário: oportunidade de aprender a estabilizar e imobilizar uma vítima de trauma, monitoriza-la repetidas vezes para se ter a certeza de que tudo está bem e garantir as condições de segurança.

Ativação VMER: 13h39m

Local: Escola Rodrigues Freitas.

Informação do CODU: mulher, 15A, inconsciente.

Chegada ao local: 13h47m

À chegada, vítima COC, chorosa. Acompanhante referiu “perda de conhecimento” com recusa em abrir as pálpebras durante o evento.

Glasgow=15. FR=18 cpm. FC=88 bpm. TA=133/86 mmHg. SpO2=99%. Glicémia Capilar=101 mg/dL.

AtP: Síndrome Depressivo diagnosticado recentemente; acompanhante refere tentativas de suicídio anteriores.

MH: Buspirona.

Hipótese de Diagnóstico: Crise Conversiva

Transportada ao hospital sem acompanhamento médico.

Comentário: dada a faixa etária da vítima, decidiu-se realizar a medição da glicémia capilar, por se equacionar uma Perturbação do Comportamento Alimentar. Os relatos de tentativas de suicídio anteriores são preocupantes.

Ativação VMER: 15h56m

Local: Maia.

Informação do CODU: homem, 69A, inconsciente.

Chegada ao local: 16h03m

À chegada, vítima sentada no sofá, COC, pálida e suada, com O2 a 3L/min, sem SDR. Refere “cólica” abdominal pós-prandial, seguida de múltiplos episódios de vômitos alimentares e diarreia (sem sangue ou muco), depois dos quais ficou prostrado e não se recorda do sucedido.

Glasgow=15. Pele pálida e extremidades frias. FR=18 cpm. FC=90 bpm. TA=79/49 mmHg. Glicémia Capilar=163 mg/dL. SpO2=97%. ACP: sem alterações. Abdómen sem alterações. ECG 12D: Ritmo Sinusal.

Colocou-se a vítima deitada com as pernas levantadas e administrou-se 100ml de NaCl a 0,9% + 500 ml de Voluven EV.

AtP: HTA, DM tipo 2.

MH: Metformina®, Diamicron®, Lisinopril®, Januvia®.

Hipóteses de Diagnóstico: Hipotensão em contexto de Gastroenterite Aguda.

16h12m: FR=18 cpm, FC=86 bpm, TA=102/61 mmHg, SpO2=97%.

Administrou-se mais 500 ml de NaCl a 0,9% EV. TA=103/61 mmHg.

A vítima teve boa resposta à fluidoterapia, pelo que foi transportada ao hospital sem acompanhamento médico.

Comentário: a vítima apresentava sinais Choque Hipovolémico (TAM<60mmHg, , hipotensão, hipoperfusão cerebral e extremidades frias). Nestes casos, a resposta compensatória do organismo dá-se de forma a assegurar a perfusão de órgãos nobres, como o coração e o SNC, pelo que é muito importante repor rapidamente o volume intravascular com fluidoterapia e fornecer oxigénio.

Ativação VMER: 18h29m

Local: Valongo.

Informação do CODU: mulher, 73A, prostrada.

À chegada, consciente, colaborante, afásica (sequela de AVC), sem SDR. A família acha-a mais prostrada que o habitual. Glasgow=12 (4 + 2 (afasia sequelar)+ 6). Pele quente. FR=18 cpm. FC=106 bpm. TA=100/70 mmHg. Temperatura auricular=38,6°C. ACP: sem alterações. Glicémia Capilar=298 mg/dL. SpO2=95%. ECG 12D: Ritmo Sinusal.

Administrou-se 1g de Paracetamol EV.

AtP: HTA, DM tipo 2, AVC há 5 anos com hemiparesia direita e afasia sequelares.

MH: Risidon®, Lisinopril®, Gabapentina®, Lorenin®.

Hipóteses de Diagnóstico: Febre + ITU (?)

Transportada ao hospital sem acompanhamento médico.

Comentário: esta foi a primeira saída com suspeita de AVC, que acabou por não se confirmar, uma vez que as manifestações neurológicas eram sequelares.

VMER - 10/05/2012 – 9º e 10º TURNOS: 8H-20H

Ativação VMER: 08h50m

Local: Rio Tinto.

Informação do CODU: Homem, 52A, Asmático, Dispneia.

Chegada ao local: 09h00m

À chegada, COC, com história de tosse produtiva + dispneia de agravamento progressivo desde “há alguns dias”. Ontem recorreu ao SU: alta medicado com Antibiótico. Hoje novo episódio de dispneia + pieira. FR=18 cpm. FC=100 bpm. TA=130/70 mmHg. Temperatura auricular=38,2°C (após 1g de Paracetamol às 7h). SpO2=94%. AP: Sibilância difusa bilateralmente. ECG 12D: Ritmo Sinusal.

Colocou-se O2 a 8L/min. Administrou-se NaCl 0,9% 100 ml EV, Hidrocortisona 200 mg EV e Paracetamol 1g EV. Fez-se nebulização com 1 ampola de Atrovent e 0,5 ml de Ventilan.

AtP: Asma, AVC há 20 anos.

MH: Ticlopidina®, Augmentin®, Mucosolvan®, Brisavent®.

Realizou-se Gasimetria Arterial: pH=7,4 pO2=81 mmHg pCO2= 35,8 mmHg HCO3=24,9 mEq/L Ionograma normal.

Hipóteses de Diagnóstico: Asma agudizada + Infecção respiratória (?)

Transportado ao hospital sem acompanhamento médico.

Ativação VMER: 10h30m

Local: Paranhos.

Informação do CODU: Homem, 52A, crise convulsiva.

Chegada ao local: 10h40m

À chegada, vítima deitada na cama, consciente, mas desorientada, agitada, com discurso confuso (fase pós-ictal?). Familiares referem crise tónico-clónica generalizada com duração de 20 minutos. Glasgow=12 (4+4+4). FR=14 cpm. Glicemia=110 mg/dL. Avaliação dos sinais vitais dificultada pela má colaboração da vítima.

AtP: TCE há 5 anos, com hemiparesia direita sequelar.

MH: AAS, Lorazepam®, Amlodipina®, Tiapridal®

Hipótese de Diagnóstico: Crise Convulsiva (fase pós-ictal).

A vítima foi transportada com acompanhamento médico para hospital. Durante o transporte mostrou melhoria da desorientação, com maior coerência no discurso.

Triagem Manchester: prioridade 3.

Comentário: a maior dificuldade prendeu-se com o facto de se saber pouco sobre os antecedentes da vítima; a família não foi clara na explicação da função cognitiva habitual nem da sua vida de relação.

Ativação VMER: 13h15m

Local: São Mamede de Infesta.

Informação do CODU: auxílio SBV Porto2 - Homem, 79A, dispneia.

Chegada ao local: 13h25m

À chegada, consciente, sem resposta verbal, com dispneia associada a SDR. Família refere tosse produtiva + febre com 24h de evolução. Glasgow=10 (4, 1 (sequelar), 5). Pele pálida. FR=14 cpm. FC=72 bpm, TA= 90/60 mmHg, Temperatura axilar=34,6°C. AC: sem alterações. AP: rncos dispersos bilateralmente. SpO2=88%.

Realizou-se Aspiração da Via Aérea, que estava preenchida por secreções mucopurulentas. Colocou-se O2 a 4L/min. Fez-se nebulização com 1 ampola de Atrovent e 0,5 ml de Ventilan.

AtP: AVC há 5 anos, DM tipo 2, Síndrome Demencial, acamado, totalmente dependente nas AVDs.

MH: Carvedilol®, AAS, Risperidona®.

Hipótese de Diagnóstico: Infecção Respiratória.

Teve evolução favorável: SpO2=95%. Transportado ao hospital, sem acompanhamento médico.

Ativação VMER: 14h42m

Local: Valongo.

Informação do CODU: Mulher, 81A, diabética, inconsciente, Glicemia Capilar=50 mg/dL

Chegada ao local: 14h42m

À chegada, vítima deitada no sofá, inconsciente. Bombeiros estão a introduzir-lhe uma papa açucarada na boca. Família refere que a vítima se encontra sonolenta há 2 horas. Última refeição às 10h30m. Glasgow=8 (2+1+5). Pele pálida e suada. Pupilas sem alterações. Glicemia Capilar=35 mg/dL.

Administrou-se 20 + 20 + 20 ml de Glicose a 30% e 500 ml de Glicose a 10% EV. Forneceu-se oxigénio a 3L/min.

14h58m: Glasgow=15, Glicemia Capilar=200 mg/dL.

AtP: DM tipo 2, HTA, AVC anterior (sem sequelas), IC.

MH: Metformina®, AAS, Carvedilol®, Amlodipina®.

Hipótese de Diagnóstico: Hipoglicemia.

Transportada ao hospital sem acompanhamento médico.

Ativação VMER: 17h10m

Local: Paranhos.

Informação do CODU: Homem, 51A, inconsciente na via pública.

Chegada ao local: 17h15m

À chegada, vítima deitada na via pública, consciente, orientada, pouco colaborante, visivelmente etilizada, agressiva. Glasgow=15. Glicemia Capilar=257 mg/dL.

AtP:DM.

MH: Não sabe.

Hipótese de Diagnóstico: Crise Conversiva.

Transportado ao hospital sem acompanhamento médico.

Comentário: apesar da dificuldade em lidar com indivíduos etilizados, é importante lembrar que estes são propensos a depressões respiratórias e a vários tipos de traumatismos e que, portanto, necessitam de ser vigiados.

Ativação VMER: 19h52m

Local: Leça do Balio.

Informação do CODU: Homem, 69A, dor torácica + dispneia.

Chegada ao local: 20h08m

À chegada, vítima deitada na cama, COC, taquipneica, não consegue completar frases. Refere dispneia progressiva desde hoje de manhã + dor retroesternal sem irradiação, que aumentou progressivamente de intensidade. Refere ainda agravamento de edema dos MI nos últimos dias.

FR=22 cpm. FC=84 bpm. TA=184/103 mmHg. AP: murmúrio vesicular presente bilateralmente e simétrico, crepitações bibasais. AC: sem alterações. Edema MI 4+/4+, simétrico, até ao joelho. SpO2=83%. ECG 12D: Ritmo Sinusal, com BIRD e critérios de HVE (alterações presentes em ECG's anteriores).

Forneceu-se O2 a 6L/min. Administrou-se 60 + 40 mg de Furosemida EV, 3+3+2 mg de Morfina EV e 5 mg de DNI SL. Fez-se nebulização com 1 ampola de Atrovent e 0,5 ml de Ventilan.

20h25m: mantinha queixas, FR=18 cpm, FC=78 bpm, TA=154/62 mmHg. SpO2= 97%. ECG: sobreponível ao anterior.

Realizou-se Gasimetria Arterial: pH=7,440 pO₂=69 mmHg pCO₂=43,4 mmHg HCO₃=25,9 mEq/L Ionograma normal Htc=36%.

AtP: DM tipo 2, IRC, SAOS.

MH: Lasix®, Amlodipina® ?

Hipóteses de Diagnóstico: Edema Agudo do Pulmão.

Como a vítima estava a evoluir favoravelmente, diminuiu-se a Oxigenoterapia para 3L/min. Foi transportada ao hospital com acompanhamento médico. Triada com prioridade 2.

Comentário: o Edema Agudo do Pulmão caracteriza-se pelo início rápido de dispneia em repouso, taquipneia, taquicardia e hipoxemia grave; à AP podem ser auscultados crepitações e sibilos e a libertação endógena de catecolaminas pode causar hipertensão. Nestes casos, é urgente realizar um ECG para afastar o diagnóstico de EAM. Sendo um distúrbio potencialmente fatal, algumas medidas devem ser implementadas imediatamente para manter a circulação e as trocas gasosas, nomeadamente a oxigenoterapia e a redução da pré-carga, mantendo o doente sentado com as pernas pendentes e administrando diuréticos, nitratos e morfina; esta última atua também no alívio da dispneia e da ansiedade. Com a aplicação destas medidas, conseguiu-se estabilizar a vítima ainda na fase pré-hospitalar.

VMER - 11/05/2012 – 11º TURNO: 8H-14H

Ativação VMER: 08h16m

Local: Maia.

Informação do CODU: Homem, 21A, inconsciente.

Chegada ao local: 08h27m

À chegada, vítima sentada num autocarro, consciente, desorientada, pouco colaborante, visivelmente etilizada. Glasgow=14 (4+4+6). FR=12 cpm. FC=100 bpm. TA=141/95 mmHg. SpO₂=98%. Glicemia Capilar=142 mg/dL. ECG 12D: Ritmo Sinusal.

A – OK. B – OK. C – OK. D – Desorientado.

AtP: Nega.

MH: Nega.

Hipótese de Diagnóstico: Intoxicação Alcoólica Voluntária.

O doente apresentou evolução favorável, com melhora neurológica progressiva. Não transporte por decisão médica. Foi acompanhado a casa pelas autoridades.

Ativação VMER: 09h22m

Local: Maia.

Informação do CODU: Homem, 34A, Alteração do Estado de Consciência, antecedentes psiquiátricos.

Chegada ao local: 09h35m

À chegada, vítima deitada na cama, com alteração do estado de consciência, não colaborante. Mantinha-se imóvel, sem falar, realizando movimentos repetitivos com a boca e tapando a cara com as mãos. Familiares relatam comportamento normal ontem; hoje de manhã barricou-se na casa de banho, tendo sido o acesso realizado por arrombamento. Sem sinais aparentes de traumatismo. Teve um episódio semelhante “há alguns anos”. Aparentemente não terá ingerido fármacos no domicílio.

Glasgow=11 (4+2+5). Pupilas impossíveis de avaliar (doente cerra os olhos). FR=15 cpm. FC=130 bpm. TA=129/54 mmHg. SpO2=98%. Glicémia Capilar=132 mg/dL. ECG 12D: Taquicardia Sinusal.

A – OK. B – OK. C - Taquicardia Sinusal, hemodinamicamente estável. D - Não é possível avaliar pupilas. Sem sinais de lateralidade. Sem défices motores.

Administrou-se 5 mg de Haloperidol IM.

AtP: Esquizofrenia.

MH: Quetiapina®, Lorazepam®.

Hipóteses de Diagnóstico: Alteração do Comportamento/ Estado Catatónico.

Taquicardia Sinusal.

9h54m: Glasgow=11 (4+2+5), FR=15 cpm, FC=108 bpm, TA=130/54 mmHg. ECG: Taquicardia Sinusal.

A vítima não apresentou melhoria. Transportámo-la ao hospital. Triagem Manchester: prioridade 2.

Comentário: um doente Esquizofrénico em estado catatónico apresenta uma desconexão com o mundo exterior, não respondendo a estímulos e mantendo-se numa posição rígida com movimentos estereotipados. Optou-se pela via IM para administrar Haloperidol, uma vez que, apesar de os seus efeitos serem mais demorados, é mais fácil de aplicar e não há tantos riscos de o doente se magoar como numa via EV.

Ativação VMER: 10h46m

Local: Rio Tinto.

Informação do CODU: Auxílio à SIV Gondomar - Mulher, 70A, PCR.

Chegada ao local: 11h02m

À chegada, vítima em PCR, em manobras de SAV há 15 minutos. Familiares relatam uma alteração súbita do estado de consciência, com paragem respiratória subsequente. 10 minutos depois chegou SIV, que encontrou a vítima em PCR, com ECG em assistolia.

Constatou-se manutenção da assistolia. Decidiu-se suspender manobras de SAV, uma vez que não foi realizado SBV inicial e não houve resposta a 15 minutos de SAV.

Foi verificado o óbito e comunicou-se o falecimento à família. Contactou-se o médico assistente, que certifica o óbito.

AtP: HTA, DM tipo 2, Dislipidemia. Era totalmente autónoma nas AVDs.

MH: Adalat®, Olmetec®, Sitagliptina/Metformina®, Glicazida®, Atorvastatina®.

Comentário: nesta saída a maior dificuldade foi lidar com a frustração e tristeza da família, que se sentiu impotente perante um quadro tão abrupto e inesperado.

As restantes ativações da VMER foram de menor relevância clínica (anexo XXIII).

10 Discussão

Em 96 horas de estágio houve 41 ativações, 2 abortadas. Conseguiu-se uma amostra de 40 vítimas assistidas, 2 por trauma e 38 por doença súbita.

Na ambulância SIV realizaram-se 2 turnos, com 0 ativações, pelo que não foi possível conhecer a sua forma de atuação; fica a vontade de poder realizar um novo estágio neste meio.

No CODU Norte compreendeu-se como funciona o atendimento das vítimas e o acionamento e integração dos diferentes meios de prestação de socorro pré-hospitalar.

Na ambulância SBV realizaram-se 2 turnos, com 4 ativações por doença súbita, assistindo 2 mulheres e 2 homens entre os 36 e os 63 anos; 2 foram transportados para o hospital e triados com prioridade 3, um ficou no domicílio por decisão médica e outro recusou transporte. Reconheceu-se a importância do trabalho dos TAE na prestação de socorro às vítimas, que avaliam as condições de segurança e monitorizam rapidamente os sinais vitais, o que lhes permite reconhecer as situações de gravidade em que devem solicitar ajuda diferenciada.

Na VMER realizaram-se 11 turnos, com 37 ativações, 1 abortada, pelo que foram assistidas 36 vítimas, 2 por trauma e 34 por doença súbita, 16 mulheres e 20 homens, com idades compreendidas entre os 15 e os 91 anos. 27 foram assistidas no domicílio, 6 na via pública, 2 no local de trabalho e 2 saídas foram de *Rendez-Vous*. 1 vítima não foi transportada para o hospital por decisão médica, 1 recusou o transporte, 24 foram transportadas para o hospital sem acompanhamento médico e 6 com acompanhamento médico (destas, quatro foram triadas com prioridade 2, uma com prioridade 3 e uma com prioridade 4). Foi verificado o óbito a 4 vítimas de PCR. Optou-se pela realização de mais turnos em VMER, pela curiosidade em perceber qual o papel do médico na emergência pré-hospitalar. A escolha da VMER São João prendeu-se apenas com o fato de esta VMER ter um grande número de ativações, quando comparada com outras da zona Norte.

Durante o estágio, alcançaram-se os 7 objetivos específicos propostos e realizaram-se alguns dos atos enunciados e outros não enunciados: realização da check-list diária, aplicação da Escala de Coma de Glasgow, monitorização de sinais vitais, avaliação da glicemia capilar, realização de ECGs, administração de oxigenoterapia, realização de aspiração da VA, preparação de fármacos, realização de gasometrias, imobilização de uma vítima de trauma, realização de manobras de SBV e participação na realização de manobras de SAV, realizando uma entubação endotraqueal. O número de competências que consta da Proposta endereçada ao Diretor do Ciclo de Estudos foi claramente superior ao que foi possível realizar; reconhece-se que esse número

surgiu de uma mistura de falta de experiência e ambição em relação às ativações da emergência pré-hospitalar.

Assistiu-se a situações de PCR, nenhuma revertida, e à difícil tarefa de transmitir a notícia à família. Observou-se a rápida reversão de casos de Hipoglicemia após a administração de glicose EV. Lidou-se de perto com situações de grave carência socioeconómica e com uma população envelhecida e solitária. Suspeitou-se de SCA e AVC, nenhum confirmado. Houve uma ativação por crise convulsiva, mas à chegada a vítima estava em fase pós-ictal, pelo que não se atuou num caso de convulsão. Assistiu-se um doente em Choque Hipovolémico. Participou-se em apenas duas ativações por trauma, nenhuma com sinais de gravidade. Observaram-se três vítimas com Intoxicações Voluntárias, 2 por álcool e 1 por medicamentos.

Em todos os turnos, utilizou-se um colete de identificação do INEM com a palavra “Formação”, por solicitação dos profissionais do INEM e por ser a atitude mais correta. Contudo, perante a exposição pública, alguns dos atos que eventualmente se poderiam aprender a realizar não eram vistos com bons olhos pelos familiares, que sentiam que era quase uma ofensa à integridade física da vítima serem “cobaias” para aprendizagem. Mais ainda, nas situações de verdadeira emergência, as equipas rapidamente “tomaram as rédeas” da situação para estabilizarem rapidamente as vítimas, o que levou a que nem sempre houvesse tempo e disponibilidade para adquirir todas as competências propostas.

Destaca-se o caso da vítima com Edema Agudo do Pulmão como aquele em que foi maior a aprendizagem em termos médicos; o caso do doente esquizofrénico em aparente Estado Catatónico como o de maior interesse, pela novidade e o último caso de PCR como o mais difícil por se ter que transmitir à família a notícia do falecimento de uma vítima que era totalmente autónoma e faleceu de forma súbita e inesperada.

Apesar de se ter obtido uma amostra razoável de casos na VMER, muitas saídas não justificavam a ativação de um meio tão diferenciado; isso está implícito nos números apresentados. Em 9 ativações por vítima inconsciente, apenas uma correspondia à verdade, 3 foram diagnosticadas como crises conversivas/ ansiedade e as outras 5 correspondiam a quadros de intoxicação/ infeção de pouca gravidade. Houve também uma ativação por esmagamento de MS, que acabou por se constatar tratar-se “apenas” de um traumatismo com fratura do polegar. Isto talvez não se tornasse um problema, não fosse a frustração dos profissionais que estão vocacionados para lidar com verdadeiras emergências e os casos de vítimas de grande gravidade que não têm nenhum meio diferenciado disponível quando estes estão ocupados em ativações que não o justificam.

Ainda assim, este estágio foi extremamente produtivo e gratificante, uma vez que, reconhecendo a falta de experiência inicial, permitiu uma grande aprendizagem sobre emergência pré-hospitalar.

11. Conclusão

A vontade de realizar um estágio no âmbito da emergência pré-hospitalar surgiu de uma noção de impreparação sentida na reta final do curso. Foi neste estágio que aconteceram as primeiras situações de exposição a trauma e doenças súbitas emergentes e foi através dele que a aprendizagem tomou lugar. Conclui-se que seria pertinente incluir formação nesta área numa das Unidades Curriculares do curso ou, em caso de impossibilidade, que no mínimo houvesse formação em manobras de SBV.

Os estágios de observação no INEM são limitados a 42 horas/ano, o que implica que seja limitado o número de turnos em que há a possibilidade de participar. Sendo esta uma área tão importante para um estudante de medicina, seria proveitosa a realização de mais estágios como este, integrando-os na formação académica, no sentido de que isso permitisse realizar um maior número de horas, para que fosse maior a exposição a situações patológicas de grande gravidade e maior o número de competências adquiridas.

No que toca ao INEM, este encontra-se em plena fase de reorganização. Tal como referido, a integração dos meios SIV e VMER nos SU dos hospitais e a criação da carreira profissional dos TEPH são temas da ordem do dia, que prometem revolucionar a emergência pré-hospitalar em Portugal. Mais ainda, estão a ser utilizados novos fluxos de triagem nos CODU, com o objetivo de agilizar o atendimento e o acionamento de meios. Ainda assim, pensa-se que seria importante investir mais na formação da população, para que todos entendam e sejam consciencializados acerca do que acontece quando se liga “112”, do que se pretende com cada pergunta efetuada pelos operadores e de que forma aquilo que dizem influencia o acionamento de meios.

A realização deste estágio foi extremamente gratificante, porque permitiu a confrontação com situações extremas de compromisso da saúde, em que os conhecimentos teóricos devem andar de mãos dadas com a agilidade, pondo de lado as emoções pessoais e agindo de forma a proporcionar os melhores cuidados possíveis à vítima. Hoje, em caso de exposição a uma situação emergente, é muito maior a preparação e o à-vontade para lidar com uma vítima e isso adveio da realização deste estágio. Fica a vontade de realizar mais estágios semelhantes, de aprender mais sobre esta área e, quem sabe, de um dia fazer parte dos profissionais da Emergência Pré-hospitalar.

Em síntese, a título pessoal, considera-se que a capacidade de ir ao encontro do doente, assisti-lo no local e fazer disso uma prioridade é uma das competências mais nobres que a medicina nos pode proporcionar.

12. Bibliografia

1. Al-Shaqsi S. *Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems*. Oman Med J. 2010 Oct 25(4): 320–323.
2. American Heart Association “www.heart.org/HEARTORG/”.
3. Atwood C et al. *Incidence of EMS-treated out-of-hospital cardiac arrest in Europe*. Resuscitation. 2005 Oct;67(1):75-80.
4. Carvalho L et al. *Non-invasive ventilation in cardiogenic pulmonary edema in the emergency department*. Rev Port Cardiol. 2008 Feb;27(2):191-8.
5. Conselho Português de Ressuscitação “<http://www.cpressuscitacao.pt/>”.
6. Diário da República, 2.^a série — N.º 211 — 3 de Novembro de 2011.
7. Enfermagem Pré-Hospitalar “<http://enfermagemprehospitalar.blogspot.com/>”.
8. Equipa da VMER de Faro. *Manifesto ao Protocolo de Integração da VMER no Serviço de Urgência – Comunicação às respetivas ordens profissionais resultante de obrigatoriedade deontológica*. Faro. 9 de Setembro de 2011.
9. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 – Resuscitation 2010.
10. Field JM, Hazinski MF, Sayre M, et al. 2010 *American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. Circulation 2010;122 (18 Suppl 3).
11. Gomes E et al. *The importance of pre-trauma centre treatment of life-threatening events on the mortality of patients transferred with severe trauma*. Resuscitation. 2010 Apr;81(4):440-5.
12. INEM. *Manual do Sistema Integrado de Atendimento e Despacho de Emergência Médica*. 1^a Edição. INEM; 2009. p. 63
13. INEM. *Manual de Suporte Avançado de Vida*. 2^a Edição. INEM; 2011.
14. INEM. *Manual de Viatura Médica de Emergência e Reanimação*. Lisboa: INEM; 2000.
15. INEM. *Plano Estratégico dos Recursos Humanos da Emergência Pré-Hospitalar*. INEM; 2010.
16. Instituto Nacional de Emergência Médica “www.inem.pt/”.
17. Kiefe CC, Soares-Oliveira M. *Medical emergency motorcycles: are they safe?* Eur J Emerg Med. 2008 Feb;15(1):40-2.
18. Mateus B. *Emergência Médica Pré-Hospitalar – Que Realidade*. Camarate: Lusociência; 2007.

19. Soares-Oliveira M et al. *Emergency motorcycle: has it a place in a medical emergency system?* Am J Emerg Med. 2007 Jul;25(6):620-2.
20. Sociedade Portuguesa de Anestesiologia “www.spanestesiologia.pt”.
21. Steen S et al. *The critical importance of minimal delay between chest compressions and subsequent defibrillation: a haemodynamic explanation.* Resuscitation. 2003 Sep; 58(3):249-58.
22. 112.pt “www.112.pt”.

ANEXOS

Anexo I

PLANO DE ATIVIDADES - COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR NO PERÍODO DE ESTÁGIO:

ATOS:

- 1) Realizar a check-list diária dos atos praticados pelos meios do INEM;
- 2) Avaliar sinais vitais;
- 3) Avaliar e medir a glicemia capilar;
- 4) Colocar acessos venosos periféricos;
- 5) Realizar Electrocardiograma;
- 6) Administrar oxigênio;
- 7) Monitorizar e avaliar o estado de consciência (aplicar a Escala de Coma de Glasgow);
- 8) Realizar Entubação Endotraqueal;
- 9) Estabilizar e imobilizar vítimas de trauma;
- 10) Aplicar protocolo de atuação perante casos de Síndrome Coronária Aguda;
- 11) Aplicar protocolo de atuação perante casos de Hipoglicémia;
- 12) Aplicar protocolo de atuação perante casos de Convulsão;
- 13) Aplicar protocolo de atuação perante casos de Acidente Vascular Cerebral;
- 14) Aplicar protocolo de atuação perante casos de Paragem Córdio-Respiratória;
- 15) Aplicar protocolos de Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida;
- 16) Aplicar protocolos de atuação perante vítimas de choque.

ATITUDES:

- 1) Ter consciência da importância do Serviço de Emergência Pré-Hospitalar na prestação de socorro às vítimas;
- 2) Assumir uma postura ética face à atuação dos profissionais de saúde dos meios do INEM;
- 3) Ter consciência de que, mesmo estando na posição de estagiário, o sigilo e a proteção dos dados das vítimas nunca podem ser quebrados;
- 4) Entender a importância da identificação correta dos recursos humanos dos meios de Emergência Pré-Hospitalar, inclusive dos estagiários;

- 5) Ter consciência da importância do conhecimento da forma como cada meio está organizado, nomeadamente no que diz respeito ao material de socorro disponível, para uma célere prestação de auxílio à vítima.

CONHECIMENTOS:

- 1) Conhecer a forma de abordagem das vítimas no Serviço de Emergência Pré-Hospitalar;
- 2) Conhecer a melhor forma de prestar informação à vítima e aos seus familiares;
- 3) Aprender a Certificar o Óbito;
- 4) Conhecer o protocolo de atuação face a uma vítima em Convulsão;
- 5) Conhecer o protocolo de atuação face a uma vítima em Hipoglicémia;
- 6) Conhecer o protocolo de atuação em caso de Síndrome Coronário Agudo;
- 7) Conhecer o protocolo de atuação em caso de Acidente Vascular Cerebral;
- 7) Conhecer o protocolo de atuação em caso de Paragem Cárdio-Respiratória;
- 8) Conhecer o protocolo de atuação em caso de Choque;
- 9) Conhecer o protocolo de Suporte Básico de Vida e de Suporte Avançado de Vida;
- 10) Conhecer as diretrizes do transporte de doentes para o meio hospitalar;
- 11) Reconhecer a importância da segurança da vítima e dos socorristas no local de ocorrência;
- 12) Reconhecer a importância da Triagem de Manchester.

Anexo II

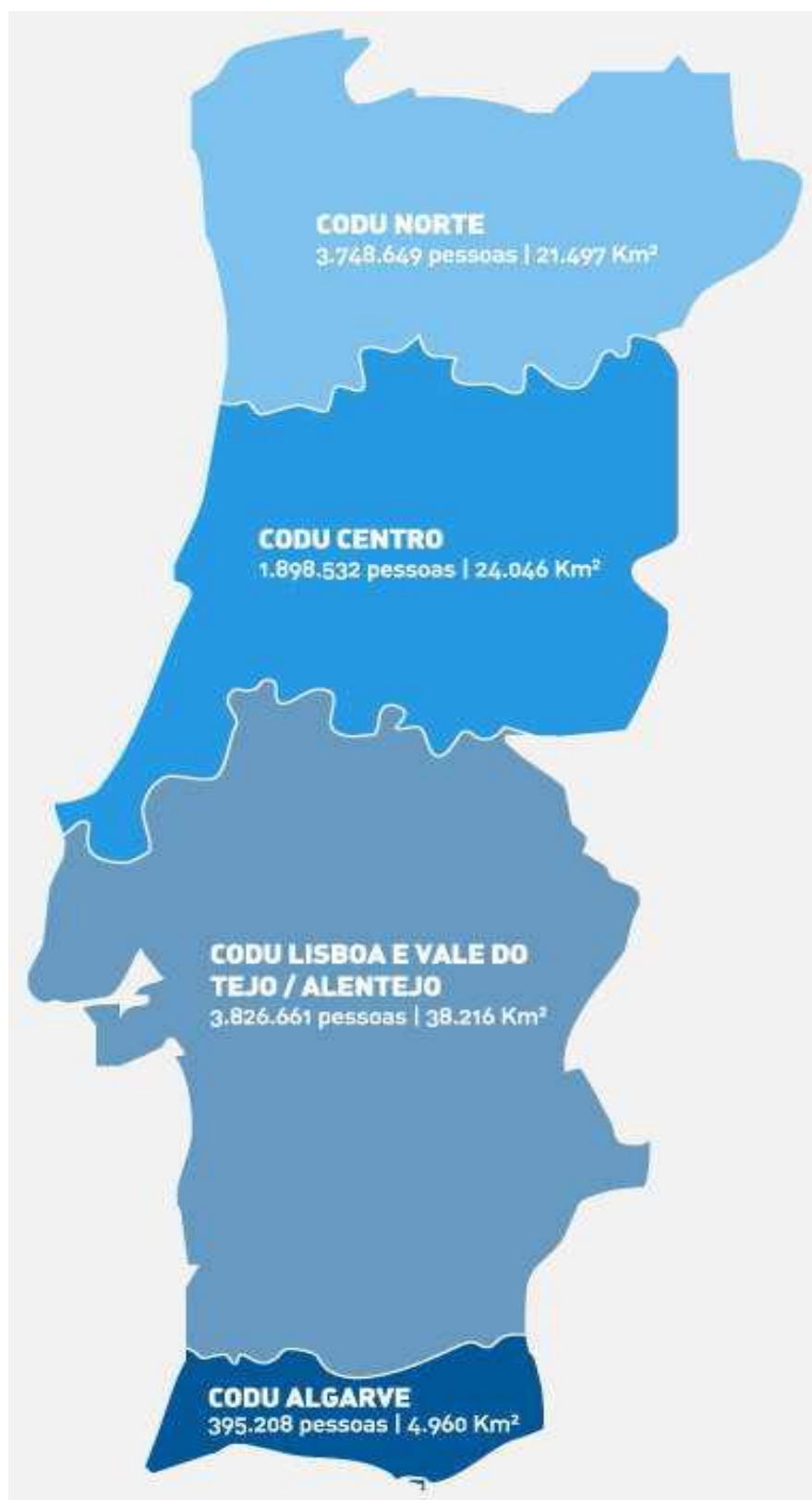
SISTEMA DE PRIORIDADES USADO NO CODU

Fonte: Manual do Sistema Integrado de Atendimento e Despacho de Emergência Médica. INEM. Edição 1/2009.

Prioridade	Descrição
P0	Identificada situação de PCR. Devem ser acionadas de imediato AMB+VMER, não necessita validação médica; o acionamento deve considerar esta ocorrência como prioritária.
P1	O operador tem dúvidas sobre os meios a propor e consulta um médico regulador que indica que devm ser acionadas AMB+VMER. O acionamento deve considerar esta ocorrência como prioritária.
P2	Identificada situação com critérios de gravidade para a qual acha que devem ser acionadsa AMB+VMER; o médico regulador altera a proposta se não concordar. O acionamento não mexe.
P3	O operador tem dúvidas sobre acionamento ou não de meios e consulta um médico regulador que indica que deve ser acionada AMB. O acionamento envia AMB.
P4	Identificada situação urgente que o operador acha que necessita de envio de AMB; o médico regulador altera a proposta se não concordar. O acionamento não mexe.
P5	O operador tem dúvidas sobre orientação do doente e consulta um médico regulador que decide que o doente deve ir a um SU. O acionamento encerra esta ocorrência.
P6	O operador tem dúvidas sobre a orientação do doente e consulta um médico regulador que aconselha o doente a ir a uma consulta. O acionamento encerra esta ocorrência.
P7	O operador tem dúvidas sobre a orientação do doente e consulta um médico regular que propõe uma determinada terapêutica. O acionamento encerra esta ocorrência.
P8	O operador acha que é apropriado “outro transporte” - ida a um SU, consulta,...mantém P8 e escreve em observações “proponho P5”; o médico regulador valida (ou não) a proposta alterando a prioridade.
P9	Identificada vítima inconsciente ou acidente de viação com feridos. Deve ser acionada de imediato AMB, não necessita validação médica; o acionamento deve considerar esta ocorrência como prioritária.

Anexo III

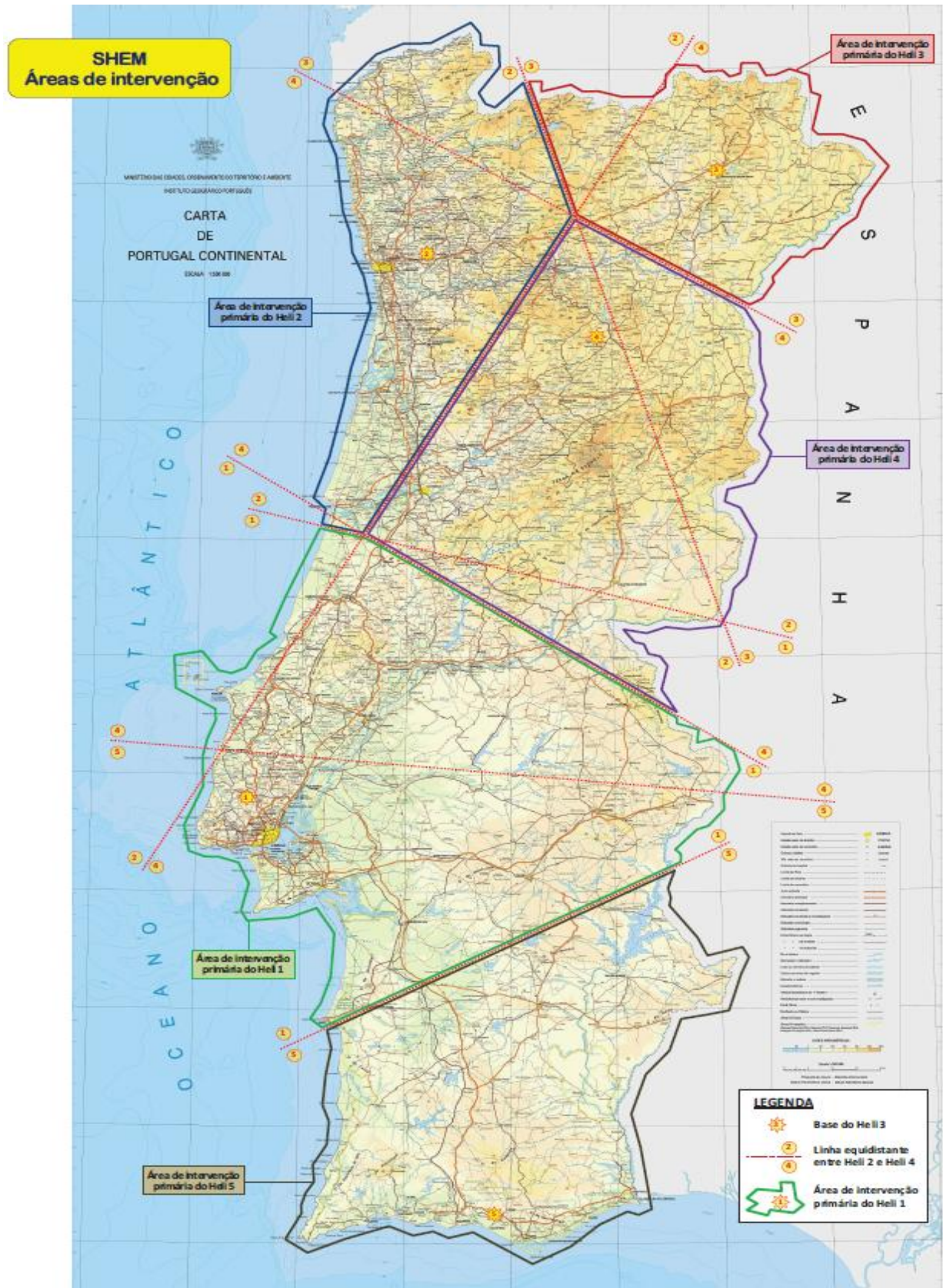
MAPA DO CODU EM PORTUGAL CONTINENTAL



Fonte: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27856 (15-05-2012, 12h52m)

Anexo IV

ÁREAS DE INTERVENÇÃO DO SISTEMA DE HELICÓPTEROS DE EMERGÊNCIA MÉDICA



Anexo V

PROFISSIONAIS DA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

1) Médicos

Os médicos do INEM podem exercer funções no CODU, no CIAV, na VMER, nos Helicópteros e no CIPSE. Exercem funções diferenciadas no socorro pré-hospitalar, realizam o acompanhamento de doentes durante o transporte e a sua referência e atuam em situações de exceção e missões humanitárias. Todos os médicos do INEM devem estar integrados em equipas hospitalares.

2) Enfermeiros

Os enfermeiros do INEM exercem funções nos meios VMER, Helicópteros ou nas ambulâncias SIV. Exercem, tal como os médicos, funções diferenciadas no socorro pré-hospitalar.

3) Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar

Atualmente, os técnicos do INEM subdividem-se em Tripulante de Ambulância de Emergência (TAE) - tripulante das ambulâncias SBV ou SIV – e Técnico Operador de Telecomunicações de Emergência (TOTE) – operador do CODU.

Contudo, num futuro próximo, estes técnicos passarão a ser designados por Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), acumulando, de forma rotativa, as funções de atendimento de chamadas e de socorro às vítimas no terreno. Com esta polivalência de funções, espera-se tornar esta carreira mais aliciante e obter ganhos na triagem, pela sensibilidade maior que um operador do CODU terá se também prestar socorro a vítimas.

A carreira de TEPH que o INEM deseja formar será uma nova carreira profissional, baseada num curso de nível 5, com uma componente formativa mais exigente, baseada no modelo anglo-saxónico.

4) Psicólogos

Os psicólogos do INEM exercem funções no CAPIC e na UMIPE.

Anexo VI

PROTOCOLO DA ABORDAGEM GERAL DA VÍTIMA

- 1) Em qualquer situação de emergência, a segurança da equipa e das vítimas no local de ocorrência deve ser a primeira preocupação, particularmente em ocorrências na via pública;
- 2) Seguidamente e de forma rápida, a equipa deve obter uma impressão geral sobre a ocorrência: número de vítimas, meios de socorro já existentes no local e necessidades especiais, tais como equipas médicas diferenciadas ou forças da autoridade;
- 3) O próximo passo será a avaliação do estado geral da vítima, percebendo se está ou não consciente;
- 4) Se a vítima estiver COC, iniciar um inquérito dirigido, recolhendo as queixas e procurando caracterizar o quadro patológico;
- 5) Colocar a vítima na posição mais adequada a cada circunstância. Se a vítima estiver inconsciente, colocá-la em decúbito dorsal;
- 6) Efetuar a Avaliação Primária (ABCDE).

Anexo VII

AValiação PRIMária DA VÍTIMA (ABCDE)

Esta avaliação não deve demorar mais do que 2 a 5 minutos.

A – VIA AÉREA (*Airway*)

- Avaliar a permeabilidade da via aérea, verificando se a vítima consegue falar ou respirar livremente. Aspirar a orofaringe, extrair próteses dentárias e/ou corpos estranhos;
- Procurar sinais de obstrução parcial ou total da via aérea (respiração ruidosa com evidência estridor ou ausência de ruídos respiratórios, respiração paradoxal e utilização dos músculos acessórios);
- Tratar de imediato a obstrução da via aérea;

B – VENTILAÇÃO (*Breathing*)

- Efetuar VOS (Ver, Ouvir, Sentir): Ver se há movimentos do tórax, Ouvir a respiração e Sentir a respiração;
 - Realizar a inspeção do tórax, procurar alterações da expansão, palpar cuidadosamente para identificar zonas dolorosas, realizar auscultação pulmonar e percutir, pesquisando áreas de timpanismo ou macicez;
 - Na vítima em PCR, atuar segundo o protocolo de PCR (Anexo XV).
 - Monitorizar a SpO₂ e administrar oxigénio, de acordo com cada protocolo específico.
- Se SpO₂ ≤ 95% administrar oxigénio com máscara.

C – CIRCULAÇÃO (*Circulation*)

- Identificar hemorragias externas e controla-las com compressão;
- Avaliar a possibilidade de hemorragias internas ou ocultas. Avaliar a temperatura, coloração da pele e o tempo de preenchimento capilar;
- Palpar pulsos periféricos e avaliar a sua frequência e amplitude. Pesquisar a simetria entre pulsos radiais e femorais. Medir a TA;
- Monitorizar com ECG as vítimas inconscientes, vítimas com sinais de compromisso da função respiratória ou com qualquer alteração da avaliação de “C”;
- Obter acesso(s) venoso(s) e administrar fluidoterapia, de acordo com cada protocolo. Na vítima adulta com sinais de choque (hipotensão, palidez, aumento do tempo de preenchimento

capilar) e na ausência de dificuldade respiratória evidente, administrar bólus 500mL de NaCl. Reavaliar aos 5 minutos. Caso se mantenham os sinais indicadores de choque, repetir o bólus.

D – DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA (*Disability*)

- Avaliar o nível de consciência através da Escala de Coma de Glasgow. Valores inferiores ou iguais a 8 obrigam a assumir que a vítima não tem proteção da VA;
- Avaliar as pupilas (tamanho e simetria);
- Na vítima colaborante, pesquisar alterações da resposta motora nos principais grupos musculoesqueléticos;
- Pesquisar alterações da resposta verbal (dificuldade em articular as palavras ou incapacidade de falar).

E – EXPOSIÇÃO (*Exposure*), com controlo da temperatura

- Expor a vítima, removendo a sua roupa, garantindo, dentro do possível, o respeito pela sua privacidade;
- Ter particular atenção ao controlo da temperatura.

Nota: Em casos de ocorrências na via pública, se possível, esta fase deverá ser realizada com a vítima no interior da ambulância.

Anexo VIII

CONDIÇÕES QUE REQUEREM SOLICITAÇÃO DE APOIO MÉDICO
NO LOCAL DE OCORRÊNCIA POR VIATURAS MENOS DIFERENCIADAS:

- Obstrução da via aérea não resolvida;
- PCR;
- Bradicardia com FC <40 ou Taquicardia com FC >150/min;
- Bradipneia ou FR > 36/min;
- PA sistólica <90 mmHg;
- Glasgow \leq 8 ou deterioração superior a 2 pontos, durante o período de observação.

Anexo IX

A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

Perante uma vítima em PCR, há um conjunto de ações e procedimentos importantes a realizar. Estes devem suceder-se de uma forma encadeada, constituindo uma cadeia de atitudes em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte. Surge, assim, o conceito de Cadeia de Sobrevivência em que o funcionamento adequado de todos os elos é fundamental para que o resultado final seja uma vida salva.

Esta cadeia é composta por cinco elos (AHA 2010):

- 1) Reconhecimento imediato da PCR e acionamento do serviço de emergência;
- 2) RCP precoce;
- 3) Rápida desfibrilhação;
- 4) Suporte Avançado de Vida eficaz;
- 5) Cuidados pós-RCP integrados



Fonte: American Heart Association “www.heart.org/HEARTORG/” no dia 17/12/2011 às 11h05m.

Hoje em dia, acredita-se que a divulgação de informação, a motivação para o acionamento de serviços de emergência e a capacitação em SBV do público em geral são uma mais-valia na prestação de socorro, agindo como medidas temporárias capazes de salvar vidas.

Anexo X

DESPACHO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE SOBRE A INTEGRAÇÃO DAS VMER E DAS SIV NOS SU

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Despacho n.º 14898/2011

A actividade de emergência médica tem um largo espectro de abrangência, desde o pré -hospitalar aos cuidados intensivos, passando pela prestação de cuidados em serviços de urgência e pelo transporte inter--hospitalar de doentes críticos.

A sua articulação, integração e continuidade, aliadas a um significativo conjunto de conhecimentos e competências comuns, são fundamentais para o sucesso de toda a cadeia de cuidados médicos de emergência. No âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), a intervenção activa e dinâmica dos vários componentes do Sistema Nacional de Saúde e o conjunto de acções coordenadas, de âmbito pré--hospitalar, hospitalar e intra -hospitalar, determinam a actuação rápida, eficaz e com a necessária eficiência de gestão de meios em situação de emergência médica, contribuindo no seu conjunto, para inegáveis ganhos em saúde. Para o desempenho das suas atribuições de definir, organizar, coordenar e avaliar as actividades do SIEM, o INEM, I. P., dispõe, entre outras, de viaturas médicas de emergência e reanimação (VMER) e de ambulâncias de suporte imediato de vida (SIV), cuja tripulação engloba profissionais de saúde (médico e ou enfermeiro). Ambos os meios actuam na dependência directa dos centros de orientação de doentes urgentes (CODU) do INEM, I. P.

As VMER são tripuladas por um médico e um enfermeiro, ambos com formação específica em emergência médica, nomeadamente em suporte avançado de vida e suporte avançado de vida em trauma, ministrada pelo INEM, I. P., e têm como objectivo a prestação de cuidados de saúde para a estabilização pré -hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita, em situações de emergência. As ambulâncias SIV são tripuladas por um enfermeiro e um tripulante de emergência médica (TAE), o primeiro com formação em suporte imediato de vida e o segundo com formação em técnicas básicas de emergência e desfibrilhação automática externa, dispondo de equipamento de suporte imediato de vida e tendo como objectivo a estabilização pré -hospitalar e o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência. Apesar de as competências dos profissionais das VMER e das ambulâncias SIV serem muito semelhantes às exigíveis aos profissionais seus homólogos dos serviços de urgência, em termos de actividade de urgência/emergência, na maioria dos casos as actividades funcionam de forma relacionada mas não integrada. Tendo em consideração a formação específica agregada à experiência no socorro pré -hospitalar; a necessária manutenção de competências técnicas de elevado grau de complexidade e especificidade; a margem potencial de ganhos de eficiência de gestão, tanto nos serviços de urgência como no pré -hospitalar, entende -se que os profissionais de saúde dos meios INEM, I. P., podem constituir um importante contributo na constituição e consolidação das equipas dos serviços de urgência, garantindo uma capacidade de resposta acrescida e mais adequada às necessidades dos utentes emergentes.

Assim, determina -se:

1 — O presente despacho define os meios de emergência pré -hospitais de suporte avançado e imediato de vida do INEM, I. P., que actuam no âmbito do SIEM, e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência.

1.1 — Os meios de emergência pré -hospitalar são os seguintes:

a) Viatura médica de emergência e reanimação (VMER) — integra uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, concebida para o transporte rápido de uma equipa médica directamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado, tem como objectivo a estabilização pré--hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de suporte avançado de vida;

b) Ambulância de suporte imediato de vida (SIV) — integra uma equipa constituída por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência, concebida para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, tem como objectivos a estabilização pré -hospitalar, o transporte de doente crítico e dispõe de equipamento de suporte imediato de vida.

2 — Os meios de emergência pré -hospitalar referidos devem existir, obrigatoriamente, na rede articulada de serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde consoante os seguintes níveis diferenciados:

a) Os serviços de urgência polivalente (SUP) e os serviços de urgência médico -cirúrgica (SUMC) devem integrar uma VMER;

b) Os serviços de urgência básica (SUB) devem integrar uma ambulância SIV.

2.1 — As excepções ao previsto no número anterior devem ser devidamente fundamentadas e autorizadas pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

3 — As equipas das VMER e das ambulâncias SIV já criadas devem ser integradas, no prazo de um ano a contar da data da produção de efeitos do presente despacho, nas equipas dos serviços de urgência das unidades de saúde em que estão instaladas, sob orientação das administrações regionais de saúde, através de protocolo específico celebrado

com o INEM, I. P., e homologado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

4 — As equipas das VMER e das ambulâncias SIV a criar iniciam a sua actividade de emergência pré -hospitalar, em modelo de equipas integradas nos serviços de urgência, no prazo de três anos a contar da data da produção de efeitos do presente despacho, em função dos recursos disponíveis, sob orientação das administrações regionais de saúde, através de protocolo específico celebrado com o INEM, I. P., e homologado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

5 — As responsabilidades financeiras e de gestão são partilhadas entre o INEM, I. P., e a unidade de saúde na qual o meio fica sediado, com as seguintes atribuições e orientações reflectidas no referido protocolo.

5.1 — Compete ao INEM, I. P.:

- a) Coordenar a actividade de gestão e operação conjunta dos meios;
- b) Disponibilizar o meio de emergência pré -hospitalar bem como dotar e assegurar a manutenção dos equipamentos adequados de acordo com a legislação aplicável;
- c) Contratar os seguros exigidos por lei para os profissionais que tripulam os meios;
- d) Accionar os meios através do seu centro de orientação de doentes urgentes (CODU);
- e) Disponibilizar o fardamento de acordo com o regulamento do fardamento do INEM;
- f) Assegurar a formação em emergência médica pré -hospitalar aos profissionais necessários e seleccionados para garantir as respectivas tripulações;
- g) Praticar todos os actos necessários à recertificação dos recursos humanos;
- h) Assegurar os técnicos de ambulância de emergência das ambulâncias SIV;
- i) Promover a transmissão e integração entre os sistemas de informação clínicos.

5.2 — Compete aos serviços de urgência das unidades de saúde:

- a) Garantir a operacionalidade permanente do meio;
- b) Seleccionar, em colaboração com o INEM, I. P., os profissionais necessários à constituição das equipas;
- c) Coordenar as equipas de profissionais e garantir os postos de trabalho das tripulações em integração com a restante equipa do serviço de urgência;
- d) Garantir uma resposta imediata a qualquer accionamento dos meios pelo CODU;
- e) Apresentar mensalmente ao INEM, I. P., até ao último dia útil do mês anterior ao que o horário respeita, a escala de profissionais que asseguram as tripulações dos meios de emergência pré -hospitalar, devendo apresentar no final do mês a escala definitiva;
- f) Fornecer todos os consumíveis (clínicos e não clínicos);
- g) Assegurar a utilização obrigatória dos sistemas de informação e comunicação instalados nos meios;
- h) Zelar pelo cumprimento das normas de funcionamento e de boa utilização inerentes à utilização de bens.

5.3 — A gestão conjunta poderá prever a possibilidade de integração de profissionais do mapa do INEM, I. P., nas equipas de urgência das unidades de saúde, com ajustamento do subsídio fixo.

5.4 — As entidades obrigam -se, no âmbito da gestão conjunta do meio de emergência pré -hospitalar, a cumprir os requisitos necessários aos processos de acreditação e certificação na qual estejam envolvidas.

6 — O INEM, I. P., atribui um subsídio mensal fixo de € 3400 por cada meio integrado, a que acresce um subsídio mensal variável, correspondente ao prémio de saída no montante de € 16,30 ou de € 14,30, referente à activação de uma VMER ou de uma ambulância SIV, respectivamente.

6.1 — Os valores dos subsídios são actualizados nos termos legais de acordo com as actualizações remuneratórias da função pública.

7 — O INEM, I. P., as administrações regionais de saúde e os serviços de urgência das unidades de saúde envolvidas devem apresentar um relatório anual ao membro do Governo responsável pela área da saúde que permita a análise interna e a melhoria contínua do Sistema Integrado de Emergência Médica.

8 — Os protocolos já celebrados e homologados entre o INEM, I. P., e serviços e estabelecimentos das Administrações Regionais de Saúde do Alentejo e do Algarve continuam a produzir os seus efeitos.

9 — O presente despacho produz efeitos à data da sua publicação.

25 de Outubro de 2011. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

205291547

Fonte: Diário da República, 2.ª Série — N.º 211 — 3 de Novembro de 2011.

Anexo XI

MANIFESTO VMER FARO

Da Equipa da VMER de Faro

Dirigida à:

Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Médicos

Com Conhecimento:

Ao Exmo. Sr. Primeiro-Ministro

Ao Exmo. Sr. Ministro da Saúde

Ao Exmo. Sr. Presidente da ARS Algarve

À Exma. Sra. Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Faro, EPE

Ao Exmo. Sr. Presidente do INEM, IP

Assunto: Protocolo de integração da VMER no Serviço de Urgência- Comunicação às respectivas ordens profissionais resultante de obrigatoriedade deontológica

Exmos. (as) Srs. (as),

Na sequência da celebração do “PROTOCOLO DE GESTÃO E OPERAÇÃO CONJUNTA DA VIATURA DE EMERGÊNCIA MÉDICA E REANIMAÇÃO”, outorgado a 26 de Maio de 2011, pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), pela Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS) e pelo Hospital de Faro E.P.E. (HF), com âmbito de aplicação à Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) sediada no Serviço de Urgência Básico (SUB) de Albufeira da ARS Algarve, a Equipa da VMER em funções - constituída por médicos e enfermeiros contratados pelo HF - não se podendo conformar com o teor do mesmo e com a possibilidade da sua generalização, vem apresentar este manifesto.

Extrai-se do referido Protocolo o princípio da integração das equipas das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) e ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) do INEM na rede de Serviços de Urgência no Algarve.

Enunciam-se em seguida, de forma devidamente fundamentada, o que acreditamos serem as principais dificuldades, e suas inerentes consequências, no desempenho simultâneo de actividades de emergência pré-hospitalar e intra-hospitalar (no Serviço de Urgência onde o meio está sediado), podendo já denunciar-se algumas situações ocorridas no funcionamento da VMER de Albufeira e decorrentes da implementação do referido Protocolo,

A incorporação de uma Equipa de VMER implica necessariamente a interiorização de definições transmitidas pelo INEM, das quais aqui destacamos três, que consideramos fundamentais no presente contexto: a de “Viatura Médica de Emergência e Reanimação” como “veículo de intervenção pré-hospitalar, destinado ao transporte rápido de uma equipa médica directamente ao local onde se encontra o doente (...) com o principal objectivo de estabilização pré-hospitalar e acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita”, a de “cuidados médicos de

emergência”, “aqueles em que a intervenção médica imediata pode ser fundamental para a sobrevivência do doente”, e “cuidados médicos de Urgência”, definidos como “aqueles que exigem uma intervenção médica não imediata e como tal o tempo de intervenção pode ser mais alargado (a situação é aguda mas não severa)” (negrito e sublinhado nosso),

A Equipa da VMER presta assim, por definição, cuidados médicos de Emergência, actuando sob influência directa da regulação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), sendo a sua operacionalidade calculada em função da rapidez da resposta a qualquer activação, em prole de um adequado socorro às vítimas. É assim imprescindível a sua total disponibilidade, que não poderá ser prejudicada por qualquer motivo, pois cada segundo perdido “a caminho do local” poderá significar perda de potencial de recuperação (qualidade de vida), ou mesmo da própria vida. Esta premissa fundamental baseia-se no conceito de “cadeia de sobrevivência” (igualmente defendido pelo INEM), que distingue a VMER como um elo essencial para garantir as manobras de Suporte Avançado de Vida, essenciais para a reanimação e estabilização em situações críticas do foro médico ou traumatológico, e que determina que “o funcionamento adequado de cada elo da cadeia, e a articulação eficaz entre vários elos, são vitais para que o resultado final seja uma vida salva” (negrito e sublinhado nosso).

Com a concretização do Protocolo de integração, pretende-se que a Equipa da VMER desempenhe as suas actividades habituais (pré-hospitalares) acrescidas das actividades atribuídas no Serviço de Urgência (SU), sendo-lhe igualmente exigida a responsabilidade de garantir a estabilização/reanimação de doentes críticos.

No contexto de qualquer activação pelo CODU, é incomportável a interrupção abrupta dos cuidados dispensados ao doente do SU, pois obriga sempre que seja assegurada uma completa passagem de informação a um colega disponível (médico e enfermeiro). Essa “passagem de informação” exigirá sempre um dispêndio significativo de tempo, desde a simples tarefa de procurar algum colega disponível para receber a informação, até à forma como poderá ser rapidamente veiculada toda a informação relevante, sem a qual a continuação dos cuidados não poderá ser garantida.

Não se pode ignorar o facto de que nesta realidade haverá grande probabilidade de co-existirem situações em que, tanto o médico como o enfermeiro, não poderão interromper a assistência ao doente, sob pena de poder interferir (irreversivelmente) no seu adequado tratamento ou mesmo hipotecar a conservação da própria vida. São exemplos paradigmáticos ilustrativos dessa situação a realização de procedimentos invasivos em contexto de peri-paragem (como a entubação oro-traqueal, cardioversão eléctrica, entre outros) e claro, a intervenção em situações de reanimação cardiorespiratória. Sobretudo nestas situações não há garantia de que a continuidade dos cuidados seja assegurada no tempo útil, que permita à Equipa VMER ficar rapidamente disponível para tentar garantir uma assistência a outra vítima igualmente crítica na rua.

A pretensão de querer assegurar simultaneamente cuidados em dois sectores distintos, igualmente críticos e sensíveis, compromete a eficácia da Equipa da VMER em ambos, negligenciando completamente os seus princípios de actuação efectiva.

São estes pontos de inconsistência e incompatibilidade, razão das nossas dúvidas e preocupações, que poderão ainda ser agravadas em situações de maior afluxo de doentes ao SU, que desafiam frequentemente a capacidade de gestão de recursos escassos e que dificultarão ainda mais a operacionalidade da VMER.

Considera-se assim convictamente, pelo acima exposto, que a integração da Equipa da VMER no SU não garante a sua operacionalidade e disponibilidade em ambos os sectores, comprometendo seriamente a qualidade de sua actuação, e que em última instância poderá resultar em grave prejuízo para o doente.

Existirá sempre uma incontornável distinção teórica e fáctica do que são cuidados emergentes e cuidados urgentes, não podendo ser desempenhados simultaneamente.

Exercer uma actividade tão intensa de forma ininterrupta poderá comprometer seriamente o desempenho da Equipa da VMER, a qual, na sua essência está vocacionada para uma actuação assertiva e diligente, que traduz na verdade um perfeccionismo imprescindível que poderá demarcar a diferença entre a total recuperação ou a recuperação tardia com sequelas, e certamente a diferença entre a vida e a morte.

Por outro lado, também no contexto descrito, poderá ser colocada em risco a própria integridade física da Equipa da VMER, na sequência do exercício da condução em marcha de emergência, em condições que não consideramos como ideais para o fazer.

A condução em marcha de emergência, é um procedimento complexo, sobretudo pela imprevisibilidade do tráfego, pelos riscos inerentes ao tipo de condução e ao percurso percorrido, e pela sua carga psicológica acrescida com o conhecimento do motivo de accionamento (situações de multivítimas, pediátricas, obstétricas, entre outras). São assim exigidos, níveis elevados de concentração, que poderão não estar totalmente garantidos quando o condutor da viatura de emergência interrompe (subitamente) uma jornada de trabalho contínua no SU.

Receamos que, em virtude destas precárias condições de trabalho (resultantes da implementação do protocolo), se registe um potencial acréscimo na sinistralidade, que poderá colocar também em causa a segurança dos condutores e transeuntes que se cruzem com a VMER em serviço, transformando-se eles próprios em potenciais vítimas.

A título de exemplo e devido à imposição do Protocolo no SUB de Albufeira, médico e enfermeiro da VMER, encontram-se separados, permanecendo em sectores distintos e distantes durante todo o turno, o que por si só já compromete a sua resposta imediata. A Equipa apenas está pronta para iniciar a marcha de emergência depois de várias etapas, designadamente: 1) A recepção, por parte do enfermeiro, do contacto telefónico que o Médico da VMER efectua a partir da base, que se verifica após a recepção da totalidade das informações clínicas e de localização do evento; 2) A suspensão do seu trabalho no Serviço da Urgência Básica de Albufeira, que não poderá abandonar sem antes encontrar um colega e efectuar a adequada passagem do serviço; 3) e só depois deslocar-se a pé desde o SU até ao sector onde a base da VMER se encontra, para então se juntar ao Médico e ambos iniciarem o Serviço.

Estas situações aqui denunciadas são de molde a poder impedir o funcionamento efectivo da VMER de Albufeira, nomeadamente ao nível da sua operacionalidade e da própria segurança dos seus tripulantes e de terceiros. Representam assim aspectos profundamente negativos da implementação do Protocolo de Integração, carecendo uma profunda reflexão que se espera que, em última análise, se traduza em ganhos efectivos para a população que servimos.

A Equipa Médica e de Enfermagem da VMER de Faro, pelo acima exposto, não poderão deixar de demonstrar também a sua profunda consternação e preocupação ao nível das implicações éticas decorrentes de implementação do referido Protocolo.

Cremos que a aplicação deste protocolo fere princípios considerados fundamentais, designadamente regras éticas e deontológicas que devem estar sempre presentes, e que no caso específico da emergência médica, ao abrigo deste Protocolo, poderão sair comprometidas.

Consideramos assim atentadas as seguintes regras deontológicas:

- o art.º 31 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (Princípio geral) do Capítulo I (Qualidade dos Cuidados Médicos) – **“O Médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga-se à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo sempre com correcção e delicadeza, no exclusivo intuito de promover ou restituir a saúde, conservar a vida e a sua qualidade, suavizar os sofrimentos, nomeadamente nos doentes sem esperança de cura ou em fase terminal, no pleno respeito pela dignidade do ser humano”** (negrito e sublinhado nosso);
- o art.º 33 (Condições de exercício) do mesmo capítulo – **“O Médico deve exercer a sua profissão em condições que não prejudiquem a qualidade dos seus serviços e a especificidade da sua acção, não aceitando situações de interferência externa que lhe cerceiem liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de actuar em conformidade com as legis artis”** (negrito e sublinhado nosso).

No Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, considera-se não estarem devidamente salvaguardados:

- o Artº 83 (Do direito ao Cuidado), alínea a) **“Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento.”** e a sua alínea e) **“Manter-se no seu posto de trabalho enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade de cuidados”** (negrito e sublinhado nosso).
- o Artº 88 (Da excelência do exercício), alínea b) **“Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa”;** e sua alínea d) **“Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados”.** (negrito e sublinhado nosso).

- e o Artº 91 (Dos deveres para com outras profissões), alínea c) "Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços" (negrito e sublinhado nosso).

Consideramos assim, poder existir conflito entre a aplicação prática do Protocolo na sua plenitude com os princípios deontológicos enumerados.

Também o consideramos, de igual modo, atentatório do Direito à Saúde, direito constitucionalmente consagrado (art. 64º da Constituição da República Portuguesa), a que estão adstritos quer as entidades públicas quer as entidades privadas, que ao ser negligenciado pode mesmo conduzir a situações de Responsabilidade Civil.

Dando expressão às nossas legítimas preocupações, aqui fundamentadas, relacionadas com a implementação do protocolo em questão, vimos por este meio denunciar uma filosofia que já mostrou ser ineficaz relativamente à prestação de cuidados de emergência, trazendo graves consequências para a qualidade de vida da população que servimos e, por consequência, um impacto negativo nos ganhos para a saúde.

Faro, 9 de Setembro de 2011

A Equipa da VMER de Faro

Nuno Sérgio M. Domingues
Silvestre Campos Pereira
Alvaro D. Alves
Bruno Miguel Martins da Silva
Daniel P. Rodrigues
Alvaro César Carmo Borges
Pedro Pereira
Rafael Carlos de Melo
A. I.
Aurora Patrícia
Ana Isabel Aguiar
Pedro José Oliveira
Rodrigo

Luís Paim
Adelino Domingues
Manuel Costa
Hugo Miguel Gomes Lopes
Teresa Filipa Fernandes Gomes
Yvan Santos Rodrigues
João Carlos Figueiredo Pires
Rafael Pereira
Catarina Gonçalves Tavares
Sara Geórgia da Silva
André Krystopchuk
Joana Magalhães
Yvan
Ruth Muiroz

Anexo XII

TRIAGEM DE MANCHESTER

O Sistema de Triagem de Manchester teve origem em Inglaterra, foi acreditado por vários organismos internacionais e está em funcionamento em Portugal desde o ano 2000. Este sistema utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao SU, permitindo atender, em primeiro lugar, os doentes mais graves e não, necessariamente, quem chega primeiro.

Depois de se inscrever na admissão hospitalar, o doente que chega ao SU é encaminhado para o gabinete de triagem, onde será submetido a uma observação prévia, com identificação de um conjunto de sinais ou sintomas que permitem atribuir uma prioridade clínica no atendimento e um tempo de espera recomendado até à primeira observação médica. Existem 5 cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) que correspondem a prioridades de gravidade decrescente (prioridade 1 até prioridade 5).

Os doentes com patologias mais graves recebem a prioridade 1, que corresponde a um atendimento imediato. Os casos muito urgentes recebem a prioridade 2, com um tempo de espera recomendado de 10 minutos. Os casos urgentes, com a prioridade 3, têm um tempo de espera recomendado de 60 minutos. Os doentes que recebem as prioridades 4 e 5 representam casos de menor gravidade, que devem ser atendidos num espaço de duas a quatro horas, depois do atendimento dos doentes mais graves.

Assim, a importância da Triagem de Manchester prende-se com o facto de que a missão de um SU é o atendimento das situações classificadas entre o vermelho e o amarelo (emergente a urgente), pelo que, quanto mais grave é a situação clínica, mais rápido deve ser o atendimento.

Anexo XIII

ACIDENTE DE VIAÇÃO COM ATIVAÇÃO DA VMER



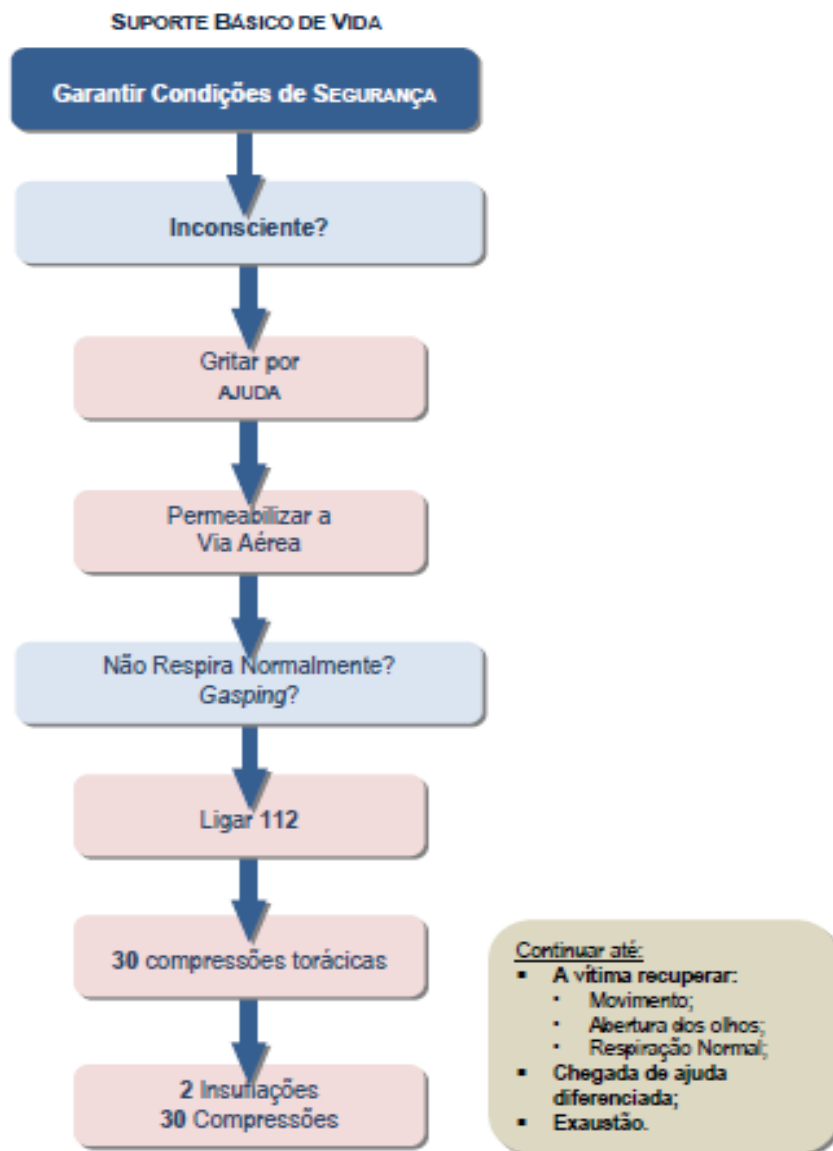
Fotografia dos veículos do acidente (19-12-2011 às 12h16m)

Anexo XIV

SUPORTE BÁSICO DE VIDA

O Suporte Básico de Vida é um conjunto de procedimentos padronizados, que tem como objetivo reconhecer as situações de perigo de vida iminente, saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato, sem recurso a qualquer dispositivo, manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação.

As manobras de SBV não são, por si só, suficientes para recuperar a maior parte das vítimas de PCR, que necessitam de SAV. No entanto, em algumas situações em que a falência respiratória foi a causa primária da PCR, o SBV poderá reverter a causa e conseguir uma recuperação total.



Fonte: INEM. *Manual de Suporte Avançado de Vida*. INEM. 2011. 2ª Edição.

Sequência de Ações:

- 1) Assegurar as condições mínimas de segurança;
- 2) Verificar se a vítima responde - perguntar em voz alta “Está bem? Sente-se bem?”, enquanto se bate suavemente nos ombros da vítima.

2.1) Se a vítima responder: perguntar o que se passou, se tem queixas, procurar sinais de ferimentos e, se necessário, pedir ajuda. Desde que isso não represente perigo acrescido, a vítima deve permanecer na posição em que foi encontrada;

2.2) Se a vítima não responder: gritar por ajuda, colocá-la em posição dorsal e efetuar a extensão do pescoço e a elevação do mento, de forma a abrir a VA.

3) Avaliar a existência de Ventilação durante 10 segundos (VOS):

- Ver se existem movimentos torácicos;
- Ouvir se existem ruídos de saída de ar pela boca ou nariz da vítima;
- Sentir se há saída de ar pela boca ou nariz da vítima;

Nota: Algumas vítimas podem apresentar movimentos respiratórios ineficazes conhecidos por “gasping” que não devem ser confundidos com respiração normal; estes movimentos precedem a PCR.

3.1) Se respira normalmente:

- Colocar a vítima em Posição Lateral de Segurança (PLS);
- Ir ou mandar pedir ajuda;
- Fazer reavaliações frequentes da vítima

3.2) Se a respiração não é normal ou está ausente:

- Ir ou mandar pedir ajuda e procurar um DAE, se existir;
- Iniciar compressões torácicas da seguinte forma:

- Ajoelhar junto à vítima, colocar as mãos entrelaçadas no centro do tórax, manter os braços esticados e pressionar verticalmente sobre o esterno, de modo a que este baixe pelo menos 5 cm (no máximo 6 cm);

- Aliviar a pressão, de forma que o tórax possa descomprimir totalmente após cada compressão;

- Repetir o movimento de compressão e descompressão de forma a obter uma frequência de pelo menos 100/min (no máximo 120/min);

4) Combinar compressões torácicas com ventilações:

- Depois de 30 compressões, permeabilizar novamente a via aérea e efetuar 2 insuflações, que deverão demorar cerca de 1 segundo cada;

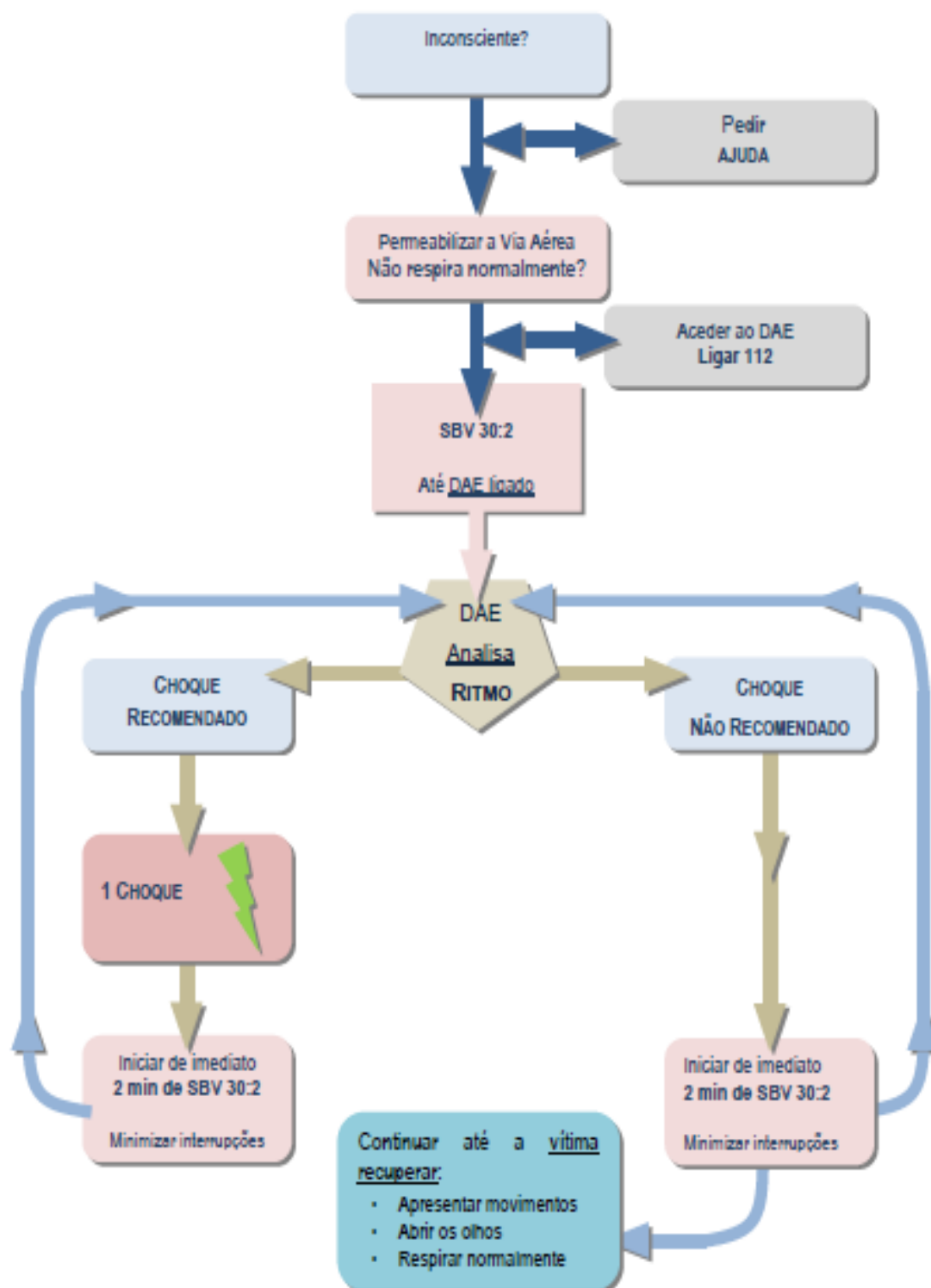
- Reposicionar as mãos sobre o esterno e efetuar mais 30 compressões torácicas;

- Manter as compressões torácicas e insuflações numa relação de 30:2;

- Só interromper as manobras de SBV se: chegar ajuda diferenciada que tome conta da ocorrência, a vítima recuperar (mexer, abrir os olhos e respirar normalmente) ou o reanimador estiver exausto.

Anexo XV

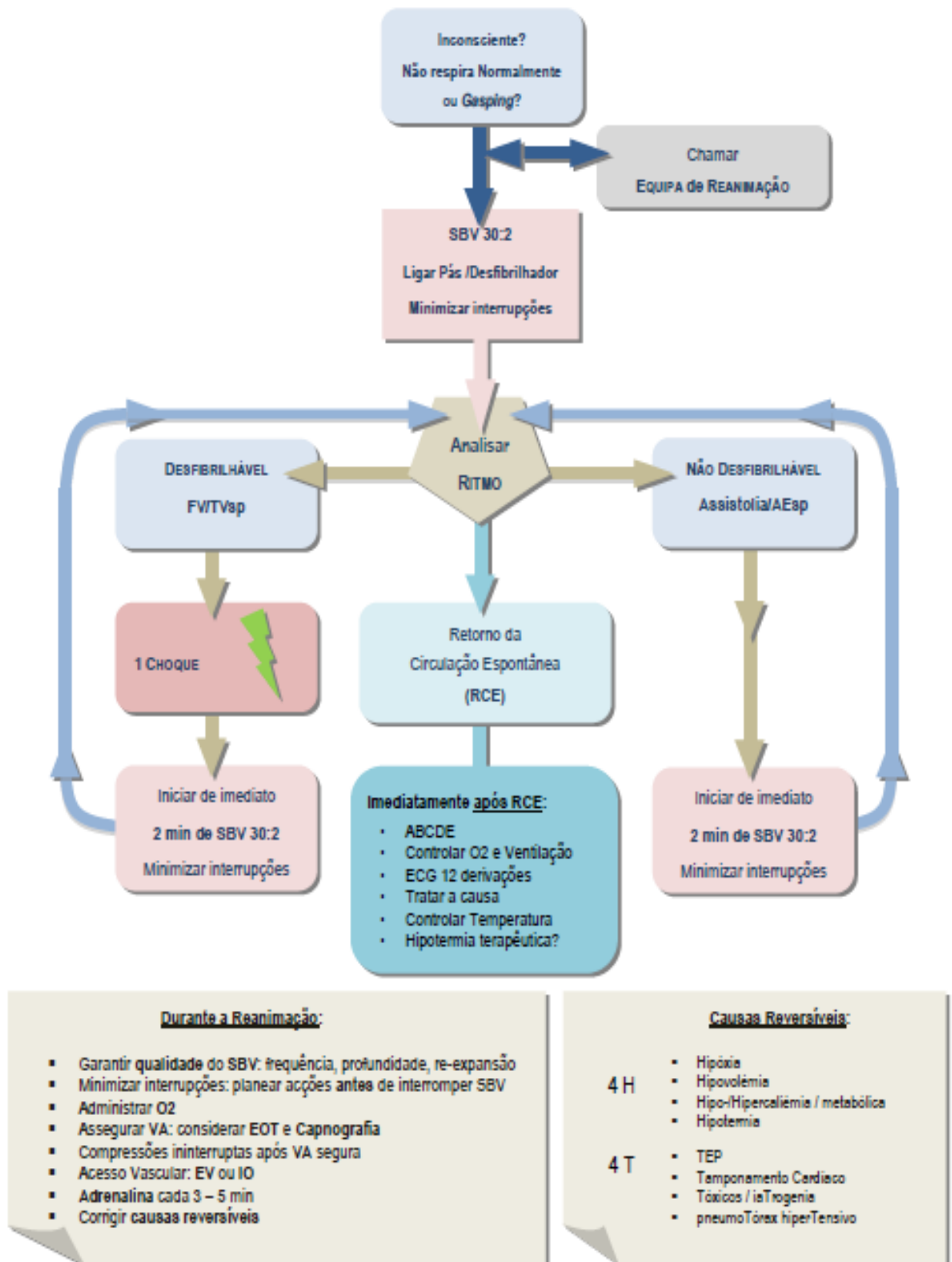
ALGORITMO DE DESFIBRILHAÇÃO AUTOMÁTICA EXTERNA



Fonte: INEM. *Manual de Suporte Avançado de Vida*. INEM. 2011. 2ª Edição.

Anexo XVI

ALGORITMO DE SAV



Fonte: INEM. *Manual de Suporte Avançado de Vida*. INEM. 2011. 2ª Edição.

Anexo XVII

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM VÍTIMAS COM PCR

1) Iniciar manobras de SBV (Anexo XIV).

- 30 compressões alternadas com 2 ventilações;
- Administrar O2 na maior concentração possível;
- Se houver um DAE, analisar ritmo.

Nota 1: Se a PCR não foi presenciada pela equipa, efectuar 2 minutos de SBV antes da primeira análise de ritmo. Se estiver a ser efectuado SBV corretamente há pelo menos 2 minutos, efetuar análise de imediato.

2) Sempre que o DAE indicar choque, garantir as condições de segurança e aplicá-lo. Retomar imediatamente as manobras de SBV, interrompendo apenas para cada análise de ritmo.

Nota 2: As intervenções que aumentam a probabilidade de sobrevivência após PCR são o Suporte Básico de Vida imediato e eficaz, a manutenção das compressões torácicas de elevada qualidade sem interrupções e a desfibrilhação imediata nos casos de ritmos desfibrilháveis (Fibrilhação Ventricular e Taquicardia Ventricular sem pulso). O choque elétrico, quando indicado, tem prioridade sobre todas as outras intervenções.

3) Durante os períodos de SBV, obter um acesso venoso:

- Administrar 1mg de adrenalina EV a cada dois ciclos de reanimação (em intervalos de 3 a 5 minutos) até ao retorno da circulação espontânea;

Nota 3: Em caso de ritmo não desfibrilhável, a adrenalina deverá ser administrada logo que possível.

Nota 4: Em caso de ritmo desfibrilhável, a primeira dose deverá ser administrada imediatamente antes do 3º choque.

- Administrar 300mg de amiodarona (diluídos em 20mL de glicose a 5%), imediatamente antes do 4º choque nos ritmos desfibrilháveis;
- Fazer uma tentativa de entubação endotraqueal, num dos períodos de SBV.

Nota 5: apesar do uso de medicamentos e intervenções avançadas na via aérea estarem incluídas no SAV, têm importância secundária quando comparados à desfibrilhação precoce e às compressões torácicas ininterruptas e de elevada qualidade.

Nota 6: Na impossibilidade de obtenção de acesso venoso, utilizar a via intraóssea, usando as mesmas doses que para a via EV. A via endotraqueal está atualmente desaconselhada em contexto de reanimação, uma vez que a concentração plasmática dos fármacos administrados por esta via é indeterminada e a dose ideal é desconhecida.

Nota 7: É controverso se na PCR devem ser ou não perfundidos fluidos por rotina. O objetivo seria assegurar a normovolémia, mas nas situações em que o doente não está em hipovolémia, perfundir fluidos em excesso pode ser prejudicial. Assim, não deve ser administrado um volume excessivo de soros, podendo apenas utilizar-se pequenos bólus no momento da administração dos fármacos.

- 4) Considerar e tentar corrigir causas potencialmente reversíveis de PCR:
- Hipóxia – assegurar a permeabilização da VA e administrar oxigénio na maior concentração possível;
 - Hipovolémia – efetuar rápida reposição de volume com 2000 ml de NaCl EV
 - Hipotermia - cobrir a vítima com manta isotérmica e administrar 1000 ml de NaCl EV pré-aquecidos;
 - Pneumotórax hipertensivo – efetuar drenagem;
 - Tóxicos/Iatrogenia medicamentosa – contactar CIAV.

5) As manobras de reanimação só podem ser interrompidas se houver recuperação de circulação espontânea ou por decisão da equipa da VMER.

6) Em caso de recuperação da circulação, as prioridades dos cuidados pós-reanimação são semelhantes: ABCDE.

Anexo XVIII

ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL

A entubação endotraqueal é o método mais eficaz de ventilação, mantendo uma via aérea permeável e segura. Contudo é uma técnica que requer muita experiência e tentativas prolongadas de entubação são prejudiciais à vítima, uma vez que a interrupção das compressões torácicas durante essas tentativas vai comprometer a perfusão coronária e cerebral. Nenhuma entubação traqueal deve provocar a interrupção das compressões torácicas por mais de 10 segundos.

As suas principais indicações são:

- . Apneia;
- . Escala Coma de Glasgow ≤ 8 ;
- . Lesão das VA que ponha em risco a ventilação;
- . Elevado risco de aspiração;
- . Traumatismo instável da face;
- . Convulsões mantidas;
- . Incapacidade de manter a permeabilidade da VA ou a oxigenação;
- . Falência respiratória: FR > 30 cpm, Volume Corrente baixo e utilização de músculos acessórios.

Técnica de Entubação Traqueal:

Nota: A entubação deve ser precedida por ventilação com a máxima concentração de oxigénio disponível, no mínimo, durante 15 segundos.

- 1) Posicionar a cabeça da vítima em extensão;
- 2) Abrir a boca da vítima com a mão direita, enquanto se segura no laringoscópio com a esquerda;
- 3) Inspeccionar a boca e remover corpos estranhos, nomeadamente dentes partidos ou próteses dentárias e aspirar secreções se necessário;
- 4) Colocar o laringoscópio no lado direito da língua até atingir a terminação do palato mole. Identificar a parede lateral da faringe e a fossa amigdalina e procurar a úvula;
- 5) Mover a lâmina para a esquerda puxando a língua para a linha média; visualizar a úvula na linha média;

- 6) Avançar cuidadosamente o laringoscópio ao longo da base da língua até visualizar a epiglote;
- 7) Colocar a extremidade distal do laringoscópio na valécula (espaço entre a epiglote e a base da língua) e fazer um movimento para a frente e para cima no sentido do cabo do laringoscópio. Este movimento arrasta a epiglote para a frente e permite visualizar as cordas vocais;
- 8) Introduzir o tubo apenas após visualização das cordas vocais; este deve ser introduzido pelo lado direito da boca mantendo a visualização direta das cordas vocais, até que a parte proximal do *cuff* ultrapasse as cordas;
- 9) Conectar o insuflador manual e insuflar o *cuff* de modo a não existirem fugas;
- 10) Confirmar o correto posicionamento do tubo:
 - Auscultar o epigastro para detetar fugas de ar para o estômago;
 - Auscultar em ambos os campos pulmonares e verificar se os sons são simétricos;
 - Confirmar a localização conectando a um sensor de “end tidal CO2” e ao registo de capnografia;
- 11) Fixar o tubo, utilizando o fio de nastro ou adesivo;
- 12) Ventilar, mantendo elevadas concentrações de oxigénio durante a reanimação.

Anexo XIX

NOVIDADES NAS GUIDELINES DE RCP DE 2010 DA AHA:

As Guidelines da AHA de 2010 para RCP de adultos apresentam algumas alterações em relação às versões anteriores.

No que diz respeito à RCP efetuada por socorristas leigos, as alterações são as seguintes:

- . Ao gritar por ajuda, o socorrista deve pedir um DAE, se disponível;
- . A utilização do DAE não deve se limitar apenas a pessoas com treino formal no seu uso;
- . A sequência de ações recomendada para o socorrista leigo que atua sozinho inicia-se pelas compressões torácicas, só depois passando para as ventilações (C-A-B, em vez de A-B-C). A ênfase é colocada nas compressões torácicas de grande qualidade e sem interrupções;
- . A frequência de compressão deve ser, no mínimo, de 100/minuto e a profundidade de compressão deve ser, no mínimo, 5 cm;
- . A RCP feita exclusivamente com compressões torácicas por leigos não treinados pode ser recomendada no aconselhamento pré-socorro.

As principais novidades nas recomendações das Diretrizes da AHA 2010 para RCP por profissionais de saúde são as seguintes:

- . O profissional de saúde deve verificar, rapidamente, se não há respiração ou se a mesma é anormal. Deve acionar o serviço de emergência e procurar um DAE. Não deve demorar mais do que 10 segundos a verificar o pulso e, caso não sinta pulso em 10 segundos, deve iniciar a RCP e utilizar o DAE, se disponível;
- . A aplicação de choques por DAE não deve levar a pausas superiores a 5 segundos nas compressões torácicas.
- . As restantes alterações são semelhantes às alterações para leigos, acima abordadas.

No que diz respeito ao Suporte Avançado de Vida, as principais novidades são as seguintes:

- . Foi reduzida a ênfase na entubação endotraqueal precoce. Esta só deve ser realizada por profissionais altamente treinados e nunca pode interromper as compressões torácicas por mais do que 10 segundos;
- . A capnografia quantitativa é recomendada para a confirmação e monitorização do posicionamento do tubo endotraqueal e a qualidade da RCP;

. A atropina deixou de ser recomendada por rotina nos casos de actividade eléctrica sem pulso/assistolia;

. A adenosina é recomendada como segura e potencialmente eficaz no tratamento inicial da taquicardia de complexos largos monomórfica regular indiferenciada;

. Os cuidados pós-PCR devem ser mantidos numa UCI, com avaliação do estado neurológico e fisiológico do paciente e tratamento multidisciplinar especializado, que pode incluir o uso de hipotermia terapêutica.

Por fim, é feito um alerta para o facto de que os conhecimentos e competências em SBV e SAV deterioram-se em cerca de 3 a 6 meses, se não forem utilizados. Assim, são recomendados o treino frequente e a atualização permanente nesta área.

Anexo XX

ATUAÇÃO PRÉ-HOSPITALAR EM CASOS DE VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Nas vítimas de AVC, o atendimento pré-hospitalar deve centrar-se na rápida identificação e avaliação do paciente, seguido de um transporte urgente para uma Unidade de Saúde habilitada.

Em caso de paralisia ou fraqueza facial súbita, alteração motora dos membros (mais frequentemente num dos lados do corpo), perda de equilíbrio ou coordenação, alteração da marcha, confusão na comunicação (fala ou entendimento), alteração súbita da visão ou forte dor de cabeça, a vítima/acompanhante deve solicitar auxílio, uma vez que estes sinais de alerta indicam grande probabilidade de AVC.

Quando são ativados meios não diferenciados para estas situações, os TAE começam por efetuar uma avaliação primária da vítima, pesquisando os sinais vitais e a glicemia capilar e uma avaliação neurológica simplificada, constituída pelo estado de consciência, presença ou não de convulsões, avaliação das pupilas, pesquisa de assimetria facial, registo da força muscular e observação da marcha. Seguidamente, administram O₂ a 4L/min, posicionam o tronco da vítima a 30° para melhorar o retorno venoso, colocando-a em decúbito lateral esquerdo em caso de vômitos e transportam-na rapidamente para o hospital. O médico do CODU deve contactar um médico do hospital em causa e informá-lo de que irá chegar uma vítima com suspeita de AVC. Em caso de TA > 220-120 mmHg, convulsões repetidas, cianose, hipoglicémia (<80 mg/dL) ou vítima inconsciente, os TAE devem solicitar ajuda diferenciada no local de ocorrência.

Quando a VMER chega ao local, realiza também uma avaliação geral da vítima, procurando saber qual o seu grau de dependência, seguida de uma avaliação neurológica mais completa, com aplicação da Escala de Coma de Glasgow para avaliação do estado de consciência, pesquisa de convulsões e anisocoria, de alteração da visão, de assimetria facial e de alteração da força muscular e/ou da marcha. Se a probabilidade de AVC for alta, a equipa administra O₂ a 4L/min e procura um acesso venoso periférico para perfundir NaCl. Em caso de outros sinais ou sintomas, têm uma atuação dirigida:

- TA > 220-120 mmHg: administram 12,5 mg de captopril SL;
- Temperatura > 37,5°C: administram 500 mg de paracetamol VO;
- Glicémia Capilar < 80 mg/dL: administram glicose hipertónica;
- Vômitos: administram metoclopramida ou realizam entubação nasogástrica;

- Escala de Coma de Glasgow < 8: realizam entubação nasogástrica e entubação endotraqueal;
- Convulsões: administram 5 mg de midazolam IM ou 5 mg de diazepam EV;
- Anisocoria + Alteração da Consciência: administram 200 mL de manitol a 20% EV.

Depois de uma rápida estabilização da vítima no local, transportam-na, com acompanhamento médico, até uma Unidade de Saúde, entregando-a a colegas do Serviço de Urgência.

Se a vítima era totalmente independente nas AVDs previamente, tem menos de 80 anos e o início dos sintomas ocorreu há menos de 3 horas, é candidata a tratamento intra-hospitalar com trombólise.

Anexo XXI

ATUAÇÃO PRÉ-HOSPITALAR EM CASOS DE VÍTIMAS COM CRISES CONVULSIVAS

As crises convulsivas são condições (epilépticas ou não) em que ocorrem contrações involuntárias tónicas e/ou clónicas, generalizadas ou focais da musculatura corporal.

Perante uma vítima com crise convulsiva, a atuação desenvolve-se segundo cinco eixos principais:

1) Evitar Traumatismos Secundários – um dos elementos da equipa deve:

- Afastar do doente todos os objetos potencialmente perigosos;
- Se possível, colocar o doente sobre uma superfície mais confortável, por forma a suavizar a violência da crise;
- Se possível, colocar um Tubo de Guedel para evitar a mordedura da língua.

2) Parar a convulsão – o outro elemento da equipa deve:

- Encontrar um acesso venoso periférico para administrar 10 mg de diazepam (0,2 mg/Kg) e colocar 500 ml de soro glicosado a 5% a correr. Se necessário, repetir a mesma dose de diazepam 1 ou 2 vezes (Nota: é necessário estar-se preparado para assegurar a VA e a ventilação em caso de depressão respiratória);
- Caso não seja possível realizar punção venosa, administrar 15 mg de midazolam IM.

3) Assegurar uma adequada oxigenação:

- Observar o padrão respiratório;
- Em caso de obstrução, desobstruir rapidamente a VA;
- Administrar O₂ a 100%;

3.1) Se a vítima em fase pós-ictal está consciente, cumpre ordens e tem capacidade de tossir: transportar em ventilação espontânea com O₂ a 100%;

3.2) Se a vítima em fase pós-ictal permanece com Escala de Coma de Glasgow ≤ 8 e/ou obstrução da VA: realizar entubação endotraqueal e, se necessário, conectar ao ventilador. Se for necessário realizar sedação durante o transporte, administrar bólus de 1 a 2mg/Kg de propofol EV, seguidos de perfusão contínua de 4 a 6 mg/Kg/hora.

4) Evitar a aspiração de vômito – relacionado com o ponto 3.2. Se se tiver optado pelo transporte em ventilação espontânea, administrar 10 mg de metoclopramida EV antes de sair do local.

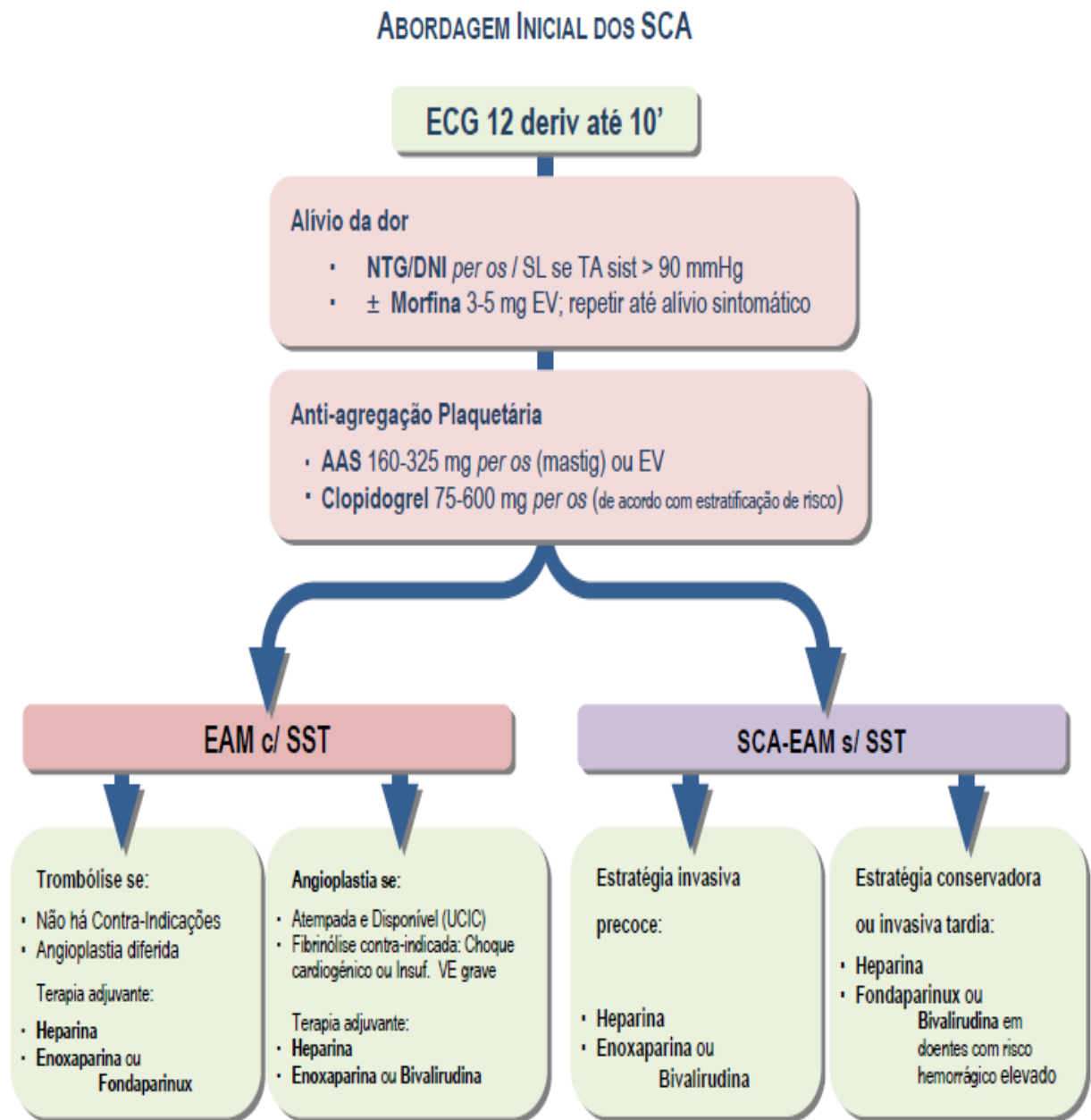
5) Evitar a recorrência da convulsão:

- Considerar a sedação da vítima com benzodiazepinas (midazolam ou diazepam);
- No caso de convulsões por causa estabelecida (ex: convulsão febril da criança), intervir com vista a contrariar o alegado fator desencadeante;
- Realizar monitorização dos parâmetros vitais na fase pós-ictal;
- Pensar na possibilidade de lesão traumática associada;
- Considerar a hipótese de convulsão no diagnóstico diferencial de uma vítima prostrada.

Nota: no caso de um doente com Epilepsia conhecida que teve uma crise convulsiva, mas se apresenta COC na fase pós-ictal, equacionar a possibilidade de não transportar o doente ao hospital e contactar o médico assistente.

Anexo XXII

ABORDAGEM INICIAL DOS SCA



Fonte: INEM. *Manual de Suporte Avançado de Vida*. INEM. 2011. 2ª Edição.

Anexo XXIII

RESTANTES ATIVAÇÕES NA VMER

1) VMER – Turno 2 – 15/12/2011

Ativação VMER: 19h58m

Local: Campanhã.

Informação do CODU: homem, 74 anos, diabético, inconsciente.

Chegada ao local: 8h7m

À nossa chegada, vítima COC. Filha refere que ele se queixou de tonturas e caiu da cama. Colocaram-lhe uma papa açucarada debaixo da língua e ele melhorou (sic). Vítima não tem memória para o evento. Queixa-se de febre e alteração do seu padrão habitual de tosse seca para tosse produtiva com expectoração mucopurulenta nos últimos dias. AP: roncos e crepitações bibasais.

Escala de Coma de Glasgow=15. Pele pálida. FR=17 cpm. FC=90 bpm. TA=90/40 mmHg. Temperatura Auricular=38,4°C. Glicémia Capilar=412 mg/dL (pós papa açucarada). SpO2=98%. ECG 12D: Ritmo Sinusal.

Administramos 1000 mg de Paracetamol + 100 mL de NaCl a 0,9% EV. Realizamos uma nebulização com 1 ampola de Atrovent e 0,5 ml de Ventilan.

AP: DM tipo 2, Pneumopatia não especificada, Ex-fumador.

MH: Não sabe.

Hipóteses de Diagnóstico: Infecção Respiratória.

DM tipo 2 descompensada (?)

O doente foi transportado para o hospital, sem acompanhamento médico.

2) VMER – Turno 3 – 19/12/2011

Ativação VMER: 11h50m

Local: Guinfães.

Informação do CODU: Mulher, 90 A, inconsciente.

Chegada ao local: 12h00m

À nossa chegada, vítima deitada num sofá, COC. Apresenta quadro de mal-estar geral, com náuseas e vômitos de conteúdo alimentar desde há algumas horas. Nega alterações do trânsito intestinal, nega dor torácica. ACP sem alterações. Abdómen globoso, mole e depressível, com dor à palpação superficial e profunda, sem massas palpáveis.

12h05m: FR=16 cpm. FC=66 bpm. TA=140/70 mmHg, Temperatura auricular=35°C. SpO2=94%. Glicémia Capilar=155mg/dL. ECG 12 D: FA com resposta ventricular controlada. Colocamos O2 a 7L/min. Administramos 100 ml de NaCl 0,9% e 10 mg de Metoclopramida EV.

AP: HTA, DM tipo 2, FA crônica, Neoplasia Intestinal há 20 anos (colostomizada).

MH: Lisinopril, Digoxina, Glicazida, Indapamida, Trimetazidona.

12h15m: FR=12 cpm. FC=77bpm. TA=120/72 mmHg. ECG 12D: sobreponível ao anterior.

Hipóteses de Diagnóstico: Dor abdominal.

Transportada ao hospital, sem acompanhamento médico.

3) VMER – Turno 5 – 8/05/2012

Ativação VMER: 16h33m

Local: Bonfim.

Informação do CODU: mulher, 35 anos, perda de consciência na via pública.

Chegada ao local: 16h45m

À nossa chegada, vítima deitada na ambulância, COC. Refere que estava a conduzir, sentiu-se indisposta e parou o carro. Perdeu a consciência mas recuperou espontaneamente. Agora sem queixas. Refere vários episódios semelhantes anteriormente. TAE referem que encontraram a vítima muito agitada. Escala de Coma de Glasgow=15. FR=12 cpm. FC=76 bpm. TA=118/73 mmHg. Glicémia Capilar=140 mg/dL. SpO2=98%. ECG 12D: sem alterações.

AP: Doença de Crohn.

MH: Não sabe.

Hipóteses de Diagnóstico: Síncope??

Crise conversiva.

A vítima foi transportada sem acompanhamento médico para o hospital.

4) VMER – Turno 6 – 08/05/2012

Ativação VMER: 18h40m

Local: Paranhos.

Informação do CODU: mulher, 69 anos, inconsciente.

Chegada ao local: 18h47m

À nossa chegada, vítima consciente e orientada, pouco colaborante, muito chorosa. A vítima confessou que tinha tido um conflito familiar com o filho, mas negou ter sido agredida

fisicamente. FR=18 cpm. FC=100 bpm. TA=208/117 mmHg. Glicémia Capilar=89 mg/dL. SpO2=98%.

Administramos 25 mg de Captopril SL.

AP: nega-

MH: nenhuma.

Hipóteses de Diagnóstico: Crise histeriforme/ ansiedade

Hipertensão

A vítima foi transportada sem acompanhamento médico para o hospital.

5) VMER – Turno 6 – 08/05/2012

Ativação VMER: 19h46m

Local: Campanhã.

Informação do CODU: homem, 75 anos, dispneia

Chegada ao local: 19h55m

À nossa chegada, vítima COC, sentada no sofá, queixando-se de sensação de “mal-estar” epigástrico e eructações. Nega dor torácica ou dispneia. Relata dificuldade na eliminação de gases e fezes nos últimos dias.

Sem sinais de dificuldade respiratória. FR=18 cpm. FC=70 bpm. TA=178/86 mmHg. Sem alterações à ACP. Abdómen globoso, peristáltico e timpanizado, sem visceromegalias ou massas palpáveis. SpO2=97%. ECG 12D: FA com resposta ventricular controlada.

AP: HTA, AVC em 2009, FA, Hipocoagulação, Dislipidemia, HBP

MH: Sintrom, Atorvastatina, Lisinopril, Ranitidina, Tansulosina e Alprazolam

Hipóteses de Diagnóstico: Dispepsia

O doente foi transportado ao para o hospital sem acompanhamento médico.

6) VMER – Turno7 – 09/05/2012

Ativação VMER:08h54m

Local: Bonfim.

Informação do CODU: mulher, 30A, inconsciente.

Chegada ao local: 09h05m

À nossa chegada, vítima deitada na via pública, consciente, não colaborante, mantendo-se imóvel. Acompanhante refere que a vítima confessou ter ingerido vários comprimidos de Xanax

+ bebidas alcoólicas por ideação suicida. Hálito etílico. Pele e pupilas sem alterações. FR=18 cpm. FC=107 bpm., TA=112/65 mmHg. SpO2=99%.

AtP.: Desconhecidos.

Decidimos realizar lavagem gástrica, mas não conseguimos fazer intubação nasogástrica, porque a vítima se tornou agressiva, arrancando os equipamentos e saindo da ambulância, indo sentar-se no mesmo local onde tinha sido encontrada.

Hipótese de Diagnóstico: Intoxicação Medicamentosa Voluntária.

Transmitimos a informação ao CODU e pedimos ativação das autoridades para o local.

7) VMER – Turno 7 – 09/05/2012

Ativação VMER: 10h11m

Local: Águas Santas.

Informação do CODU: Mulher, 69 anos, dor torácica lateral + palidez + sudorese

Chegada ao local: 10h17m

À nossa chegada, vítima COC, muito ansiosa, a hiperventilar, encontrando-se de pé à porta de casa; sem SDR. Refere dor na face anterior do hemitórax esquerdo desde as 8h, sem irradiação, que surgiu se ter enervado. FR=24 cpm. FC=104 bpm. TA=136/79 mmHg. SpO2=97%. Dor à palpação da face anterior do hemitórax esquerdo. ACP: sem alterações. ECG 12D: Ritmo Sinusal.

Administramos 10 mg de Diazepam SL.

AP: HTA.

MH: Não sabe.

Hipóteses de Diagnóstico: Crise de Ansiedade.

10h25m: FR=18 cpm, FC=90 bpm, TA=136/79 mmHg, SpO2=97%, ECG 12D: Ritmo Sinusal.

A doente foi transportada ao hospital sem acompanhamento médico.

8) VMER – Turno 8 – 09/05/2012

Ativação VMER: 14h44m

Local: Paranhos.

Informação do CODU: mulher, 88 anos, dor torácica que não aliviou com Nitroglicerina.

Chegada ao local: 14h49m

À nossa chegada, vítima deitada na cama, COC, muito ansiosa. Apresenta dor na face anterior do hemitórax esquerdo há vários dias, mais intensa hoje, que agrava com os movimentos

respiratórios. FR=20 cpm. FC=98 bpm. TA=136/74 mmHg. SpO2=99%. Dor à palpação da face anterior do hemitórax esquerdo. ACP normal. ECG 12D: BAV de 1º grau, sem sinais de isquemia aguda.

AP: HTA, Cardiopatia Isquêmica, Osteoartrose.

MH: Paracetamol, Lorenin, Pantoprazol, Nitroglicerina em SOS.

Hipóteses de Diagnóstico: Dor pleurítica.

Ansiedade.

Administramos 10 mg de Diazepam SL.

A vítima foi transportada ao hospital sem acompanhamento médico.

9) VMER – Turno 9 - 10/05/2012

Ativação VMER: 12h00m

Local: Águas Santas.

Informação do CODU: Mulher, 82 anos, dor torácica.

Chegada ao local: 12h08m

À nossa chegada, vítima refere agravamento do seu padrão habitual de dispneia + tosse produtiva desde há 2 dias. Refere dor intercostal inframamária esquerda, que agrava com a palpação. FR=14 cpm. FC=90 cpm. TA=140/76 mmHg. Apirética ao toque. AC: sem alterações. AP: sibilância dispersa bilateralmente. SpO2=98%.

AP: ICC, DPOC, HTA, FA sob antiagregação, Obesidade

MH: Furosemida, Espironolactona, Valsartan, Aminofilina, Seretide, Digoxina, Clopidrogel.

Hipótese de Diagnóstico: Infecção Respiratória.

Colocamos O2 a 6L/min. Administramos Furosemida 20 mg e Hidrocortisona 100 mg EV. Fez nebulização com 1 ampola de Atrovent e 0,5 ml de Ventilan.

Evolução favorável. Transportada ao hospital, sem acompanhamento médico.

10) VMER – Turno 10- 10/05/2012

Ativação VMER: 16h02m

Local: Paranhos.

Informação do CODU: Homem, 73A, dispneia.

Chegada ao local: 16h10m

À nossa chegada, vítima deitada no sofá, COC. Refere sensação de fadiga fácil + anorexia desde há vários dias. Nega dor torácica. FR=18 cpm. FC=70 bpm. TA=130/70 mmHg. SpO2=94%.

Glicemia Capilar=139 mg/dL. ECG 12D: RS com BAV de 1º grau e BRD (sobreponíveis a ECG anterior).

Colocamos O2 a 2L/min. 16h20m: SpO2= 97%.

AP: Doença Coronária com FE= 24%, DM tipo 2, HTA.

MH: Eucreas, Glucobay, Tromalyt, Losartan, Sertralina.

Hipótese de Diagnóstico: Indisposição no adulto.

Transportado ao hospital, sem acompanhamento médico.

11) VMER – Turno 10- 10/05/2012

Ativação VMER: 18h41m

Local: São Mamede de Infesta.

Informação do CODU: Mulher, 64A, dor torácica, na via pública.

Chegada ao local: 19h05m

À nossa chegada, vítima COC, chorosa e muito ansiosa. Queixa-se de “aflição”. Refere que se enervou hoje. FR=18 cpm. FC=100 bpm. TA=136/82 mmHg. SpO2=98%. ECG 12D: Ritmo Sinusal.

Administramos 5 mg de Diazepam SL.

AP: Síndrome Depressivo, Ansiedade, HTA, Patologia da Tiróide.

MH: Victan?

Hipótese de Diagnóstico: Crise de Ansiedade.

Transportada ao hospital em acompanhamento médico.

12) VMER – Turno 11 – 11/05/2012

Ativação VMER: 13h43m

Local: Campanhã.

Informação do CODU: Homem, 73 anos, Dor torácica + Dispneia.

Chegada ao local: 13h51m

À nossa chegada, vítima deitada na cama, consciente, orientada, com dificuldades na colaboração por hipoacúsia marcada, com queixas de desconforto torácico mantido nas últimas 12 horas, sem aparentes características isquémicas. FR=16 cpm. FC=100 bpm. TA=100/60 mmHg. AP: Diminuição do murmúrio vesicular no 1/3 inferior bilateralmente, crepitações bibasais. Dor à palpação da parede torácica anterior. SpO2=92%. ECG 12D: Ritmo Sinusal.

Fornecemos O2 a 4L/min.

AP: Doença de Behçet, IRC, Síndrome Demencial, Dislipidemia, Hipoacúsia.

MH: Prednisolona, Sinvastatina, Quetamina.

Hipóteses de Diagnóstico: Desconforto torácico/ Ansiedade.

14h05m: SpO2=98%.

Transportado ao hospital sem acompanhamento médico.

Anexo XXIV

FICHAS DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NOS MEIOS DO INEM



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Ana Rita Nunes Tachado Lourenço galvão

OBJECTIVOS: Compreender o funcionamento do meio SZV na Emergência Pré-Hospitalar e reconhecer a sua importância no acesso às vítimas.

Coordenador do Estágio:

Data: 12 / 12 / 2011 Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde Meio: SZV

Nº DE ACTIVAÇÕES: Doença Súbita: Trauma: Outras: Abortadas:

NOME COMPLETO E RUBRICA DO ESTAGIÁRIO: Ana Rita Nunes Tachado Lourenço galvão Ana galvão

NOME COMPLETO E RUBRICA DO OPERACIONAL: Liliana Cláudia Braz Fernandes Liliana Fernandes

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Colaborei na elaboração da check-list diária da ambulância SZV.
"Infelizmente", não tive saídas neste turno, pelo que não consigo cumprir os meus objectivos.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

1º dia de estágio em ambulância SV.
foi-lhe apresentada a dinâmica e a operacionalidade do meio.
Colaborou na check list diária.
Sem saídas no turno.
Atitude empática e dinâmica.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Ana Rita Nunes Machado Pereira Gomes

OBJECTIVOS: Participar nas actividades desenvolvidas pela equipa de Suporte Imediato de Vida.

Coordenador do Estágio:

Data: 12/12/2011

Turno: ☒ Manhã ☒ Tarde

Meio: SIV

Nº DE ACTIVAÇÕES: 0

Doença Súbita: ☐

Trauma: ☐

Outras: ☐

Abortadas: ☐

NOME COMPLETO E RUBRICA DO ESTAGIÁRIO:

NOME COMPLETO E RUBRICA DO OPERACIONAL: Fátima Luísa Pereira SIV

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

No 2º turno de estágio em ambulância SIV também não tive saídas pelo que não pude cumprir o meu objetivo.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Turno sem saídas.
A estagiária estava motivada e com empatia com a equipa.

Fátima SIV



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Ana Rita Nunes Machado Ribeiro galvão

OBJECTIVOS:

Conhecer os protocolos de actuação dos TAE que tripulam as SBV.

Coordenador do Estágio:

Data:

13/12/2011

Turno:

☒ Manhã

☐ Tarde

Meio:

SBV

Nº DE ACTIVAÇÕES:

1

Doença Súbita:

1

Trauma:

Outras:

Abortadas:

NOME COMPLETO E RUBRICA DO ESTAGIÁRIO:

Ana Rita Nunes Machado Ribeiro galvão

Ana galvão

NOME COMPLETO E RUBRICA DO OPERACIONAL:

João Pedro Nunes Mendes Soares/SSS, CAT

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Neste primeiro turno de estágio na ambulância SBV, tive a oportunidade de conhecer a ambulância e de aprender que materiais existem aonde estão colocados.

Tive apenas uma activação por doença súbita (crise de ansiedade), que apesar de não ter sido de grande gravidade, me permitiu conhecer a forma de actuação dos TAE que tripulam as ambulâncias SBV.

- Pontual
- Paciente activamente participativo do processo, demonstrando interesse.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Anna Rita Nunes Flecheiro Moreira Galvão

OBJECTIVOS:

Colaborar com os TAE no apoio às vítimas e reconhecer a importância deste meio na prestação de socorro à população.

Coordenador do Estágio:

Data:

13/12/2011

Turno:



Manhã



Tarde

Meio:

SBV

Nº DE ACTIVAÇÕES:

3

Doença Súbita:



Trauma:



Outras:



Abortadas:



NOME COMPLETO E RUBRICA DO ESTAGIÁRIO:

Anna Rita Nunes Flecheiro Moreira Galvão

Anna Galvão

NOME COMPLETO E RUBRICA DO OPERACIONAL:

José Azevedo

José Azevedo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Neste turno de estágio, tive três saídas por doença súbita, que me permitiram aprender a melhor forma de abordar as vítimas no local de ocorrência, monitorizar os sinais vitais, a glicémia capilar e a oximetria.

Reconheci a dificuldade em convencer os doentes de que devem ir ao Hospital, porque o seu quadro clínico o justifica.

Percebi que a segurança de todos os intervenientes é uma prioridade e que não podemos pôr em risco a outros ficando-nos em risco.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Demonstrou boa interacção e integrou-se bem na equipa. Continuação de bom trabalho!

Parabéns!

José Azevedo

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: Ana Rita Nunes Ilachado Pereira Galvão

OBJECTIVOS: Conhecer a forma de funcionamento do Centro de Contacto de Socorros Urgentes.

Coordenador do Estágio: _____

Data: 19.12.2019

Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde

CODU: Verde

Nº DE ACTIVAÇÕES: _____

Doença Súbita: _____

Trauma: _____

Outras: _____

Abortadas: _____

Assinaturas: O Estagiário

Ana Galvão

O Médico Regulador

Abelardo Taboas

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Este estágio permitiu-me perceber como funciona o CODU.

Aprendi que as chamadas efectuadas para o Número Europeu de Emergência "112" entram numa Central de Emergência e, quando são questões da área de saúde, são direccionadas para um dos CODU nacionais, que faz o atendimento, triagem e aconselhamento pré-hospitalar.

Aprendi também que a triagem passa pela equipa médica do CODU, que aceita ou modifica a prioridade da emergência e que o acionamento de meios é efectuado pelo CODU da zona a que pertence o local da ocorrência.

MÉDICO REGULADOR

Toma contacto com as diferentes áreas do P+BC

- Atendimento
- Aconselhamento

Pode perceber fluxo de chamadas 112, processo de triagem e chamadas emergências

Abelardo Taboas



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Ana Rita Nunes Ilachado Lourenço

OBJECTIVOS: Participar de forma activa nas actividades de VTEC, cooperando com os profissionais no socorro aos vítimas.

Coordenador do Estágio:

Data: 15/12/2011

Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde

Meio: VTEC

Nº DE ACTIVAÇÕES: 2

Doença Súbita: 2

Trauma: 0

Outras: 0

Abortadas: 0

NOME COMPLETO E RUBRICA DO ESTAGIÁRIO:

Ana Rita Nunes Ilachado Lourenço

Ana Lourenço

NOME COMPLETO E RUBRICA DO OPERACIONAL:

Alcides José António de Almeida

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Nesta ^{terceiro} ~~segundo~~ turno de estágio na VTEC, tive a oportunidade de cumprir os meus objectivos, cooperando com os profissionais nas actividades. Desenvolvi uma boa relação com a equipa e aprendi muito com os profissionais que acompanhei.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

O estágio me ajudou a cumprir os objectivos a que se propôs:
→ conhecimento dos protocolos actuais VTEC
→ trabalho em equipa
→ familiarização com equipamento e material que faz parte da VTEC

Alcides (4337E)



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Ana Rita Nunes Machado Moreira Galvão
OBJECTIVOS: Participar de forma activa nas actividades da VITER, cooperando com os profissionais no socorro às vítimas.

Coordenador do Estágio:

Data: 15 / 12 / 2011 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: VITER

Nº DE ACTIVACÕES: 4 Doença Súbita: ☒ Trauma: ☐ Outras: ☐ Abortadas: ☐

NOME COMPLETO E RUBRICA DO ESTAGIÁRIO: Ana Rita Nunes Machado Moreira Galvão Ana Galvão

NOME COMPLETO E RUBRICA DO OPERACIONAL: Alexandra Baptista

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Este quarto turno de VITER foi aquele em que tive mais saídas e em que tive mais oportunidade de cooperar com a equipa.

Particpei activamente nas quatro saídas que tivemos, monitorizando sinais vitais, ECG, glicémia capilar, oximetria, entre outros procedimentos.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A estagiária demonstrou muito interesse e participou activamente em todos os aspectos inerentes a um turno de VITER.

15/12/2011

Alexandra Baptista



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Ana Rita Nunes Machado Floriana Galvão

OBJECTIVOS:

Conhecer os protocolos de activação da Unidade Médica de Emergência e Reanimação. Conhecer a sua forma de activação e reconhecer a sua importância no socorro às vítimas.

Coordenador do Estágio:

Data:

19.12.2011

Turno:

☒ Manhã

☐ Tarde

Meio:

VITER

Nº DE ACTIVAÇÕES:

2

Doença Súbita:

2

Trauma:

Outras:

Abortadas:

NOME COMPLETO E RUBRICA DO ESTAGIÁRIO:

Ana Rita Nunes Machado Floriana Galvão

Ana Galvão

NOME COMPLETO E RUBRICA DO OPERACIONAL:

Raquel Mariana Novais Oliveira

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Neste 1º turno de VITER conheci a constituição da unidade, os equipamentos e fármacos que estão disponíveis, o local onde devem estar e gizei na verificação de check-list diário. Foram activados duas vezes, para duas situações de doença súbita, que me permitiram monitorizar sinais vitais, glicémia capilar, oximetria, ECG de 12 derivações e administrar oxigenoterapia.

A estagiária Ana Rita Galvão colaborou com mim durante em todas as actividades exercidas na VITER do S. João.

Raquel
45182

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Ana Rita Nunes Machado Moreira Gomes

OBJECTIVOS: Participar nas actividades desenvolvidas pela equipa da VMER e perceber a forma de funcionamento de antiguidades entre os diferentes meios.

Coordenador do Estágio:

Data: 14/12/2011 **Turno:** ☐ Manhã ☒ Tarde **Meio:** VMER

Nº DE ACTIVAÇÕES: 2 **Doença Súbita:** 2 **Trauma:** ☐ **Outras:** ☐ **Abortadas:** ☐

NOME COMPLETO E RUBRICA DO ESTAGIÁRIO:

NOME COMPLETO E RUBRICA DO OPERACIONAL: ANDRÉ FERRAZ DE CAMPOS AMARAL COMIS

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

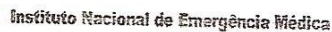
Neste 2º turno de estágio em VMER, lidamos de perto com a morte e com as diferentes questões éticas da decisão de não continuar membros de suporte de vida. Aprendi também a fazer toda a parte burocrática, nomeadamente o preenchimento da Verificação de Óbito.

Não 2º saída, tive a oportunidade de ajudar na monitorização do doente no local de ocorrência e acompanhá-lo até ao Hospital, depois de ter sido feita a triagem, fui eu que passei a informação aos médicos que receberam o doente.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Participa activamente nas actividades desempenhadas pela VMER São João.

Bom relacionamento com as equipas de socorro envolvidas e os utentes.



ESTAGIÁRIO: Dr. José Roberto de Almeida

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio: _____

Data: 08/05/2012 Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde Meio: 10h30 - 12h30

Nº DE ACTIVAÇÕES: 5 Doença Súbita: X Trauma: X Outras: Abortadas: X

Assinaturas: **O Estagiário**

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Neste turno de VITEA, três notícias
 saídas, sendo uma delas a primeira
 primeira saída de trauma, pelo que
 pode aprender a importância de minimizar uma
 situação de trauma, quando a situação
 o justifica.

A interna demonstrou muito interesse e participou activamente em todos os aspectos inerentes a um turno de vigia.

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 08 / 05 / 2012

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: Vitor

Nº DE ACTIVACÕES: 3

Doença Súbita: 3

Trauma: 0

Outras: 0

Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Neste turno de VILLER participei em 3 activaões que não correspondiam a situações de realidade emergencial. Ainda assim, pude monitorizar os doentes e dar a minha opinião sobre as hipóteses de diagnóstico.

Turno pouco representativo da Emergência Pré-hospitalar.

Mostra interesse em ver o máximo de situações. Colabora com a equip. Boa integração.

Inf. Silva



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: [Redacted]

OBJECTIVOS: [Redacted]

Coordenador do Estágio: [Redacted]

Data: 09/05/2012 Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde Meio: [Redacted]

Nº DE ACTIVAÇÕES: [Redacted] Doença Súbita: ☒ Trauma: ☒ Outras: ☐ Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário [Redacted]

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Redacted]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Neste turno de VILCR lidou, mais uma vez, com um traumatizado, o que me permitiu alargar conhecimentos. Tive também a oportunidade de lidar com uma doente agressiva e que recorreu a posturas de risco, aprendendo qual a melhor abordagem para lidar com estes casos.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A estagiária demonstrou muito interesse e participou activamente em todos os aspectos inerentes a um turno de VILCR.

09/05/2012

[Redacted Signature]



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: [Redacted]

OBJECTIVOS: [Redacted]

Coordenador do Estágio: [Redacted]

Data: [Redacted] Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: [Redacted]

Nº DE ACTIVAÇÕES: [Redacted] Doença Súbita: ☒ Trauma: [Redacted] Outras: [Redacted] Abortadas: [Redacted]

Assinaturas: O Estagiário [Redacted]

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Redacted]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Neste turno de VIGIA lidamos com doentes idosos e bastante debilitados. Suspeitamos de um SCA e de um AVC, que acabaram por não se confirmar quando exploramos a história e antecedentes dos doentes e os monitorizamos.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A estagiária demonstrou muito interesse e participou activamente em todos os aspectos inerentes a um turno de VIGIA.

09/05/2012

[Redacted Signature]
40907



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data:

10/05/12

Turno:

☒ Manhã

☐ Tarde

Meio:

11h

Nº DE ACTIVAÇÕES:

4

Doença Súbita:

☒

Trauma:

☐

Outras:

☐

Abortadas:

☐

Assinaturas: O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

OBSERVAÇÕES

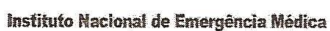
ESTAGIÁRIO

Neste turno de VLER tive, pela primeira vez, uma activação por crise convulsiva, que não presenciei, uma vez que à minha chegada o doente já se encontrava na fase pós-ictal. Monitorizei todos os doentes e administrei medicações.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A estagiária demonstrou grande interesse e capacidades técnicas em todas as actividades desenvolvidas pelo VLER S. João.

Rafael



ESTAGIÁRIO: Ana Rêgina C. de Oliveira

OBJECTIVOS: Introducir a los alumnos conceptos básicos de programación de

Coordenador do Estágio:

Data: 20/05/20 Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde Meio: VHS

Nº DE ATIVAÇÕES: Doença Súbita: Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: **O Estagiário**

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Neste turno de VTEA teve muitas
saídas, ele entra as quais uma
Hipoglicemia que reversiona a uma
suspeita de Edema Agudo do
Pulmão, em que conseguimos estabi-
lizar a situação no fase pré-horpi-
talar.

Comida que foi com os termos
onde mais aprendi.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data:

11/05/2016

Turno:

☒ Manhã

☐ Tarde

Meio:

VMEC HST

Nº DE ACTIVAÇÕES:

4

Doença Súbita:

4

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas:

O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

DESAT. PRATO

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Neste meu último turno de VMEC lidiei com um doente com uma Intoxicação Alcoólica, com um doente esquizofrénico em estado Catatónico e com uma vítima em PCR em que se detectou síndrome monoclínica de SAV. Neste último caso, a maior dificuldade foi lidar com o pesar e frustração da família, que se sentiu impotente perante a morte do seu ente querido.

Fica a enorme vontade de voltar a realizar estágios em VMEC, porque sinto que aprendi muito em todas as activações.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A Estagiária colaborou com competência e empenho na avaliação do doente urgente/emergente, demonstrando conhecimentos e aptidão necessários para o exercício de medicina pré-hospitalar.

O médico,